

Forside

# **Pasientmedvirkning**

- **en strategi som må oversettes**

En empirisk undersøkelse blant noen ledere i UNN HF

Liv Ingrid Sollied

BE311E Masteroppgave

**MBA i Helseledelse**

## **Abstract**

Patient participation is described as one of the main objectives in health policy, but it appears that there has been resistance against to commit patient participation in health care.

The theme is spotlighted by the choice of patient participations as a strategic main direction in the University Hospital of North Norway. The focus on improving patient participation is not currently specified in UNN. This contributes to make it to a major task for the local leaders, of the hospital, to provide participation of patient content and transfer it in its activities.

The issue in thesis is: How translate leaders in UNN patient participation to its activities?

The thesis is a qualitative study with a phenomenological approach, where the primary data source is the interviews with leaders.

The main findings are as follows:

- Patient participation seems to be part of the individual relationship between patient and health worker.
- Patient Rights appears to be an external force for greater attention on patient participation.
- Patient participation is challenged by established structures and working methods.
- Patient participation involves changing the attitudes of health professionals

The empirical data and findings have been discussed against the theories of institutional environments, organizational context, learning, leadership, and translation theory.

The finding refers to the leaders' translation of patient participation, where the interpretation seems to be influenced by both internal and external factors and forces. Transfer of patient participation is a challenge, according to the leaders, both at structural and cultural contexts in the activities. The leader`s expertise and determination to involve both patients and staff in the process will thus be crucial to achieving a successful translation of patient participation in its activities.

## **Forord**

Denne masteroppgaven er avsluttende del av MBA utdanningen i helseledelse ved Universitetet i Nordland.

Jeg har valgt å fordype meg i et tema som jeg har fått kunnskap om gjennom mitt arbeid i Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn. Å skulle bidra til å utvikle brukernære tjenester med fokus på brukerperspektivet har vist seg både givende, inspirerende, men også utfordrende. Å skrive denne oppgaven har gitt meg nye tanker og ny innsikt i tema pasientmedvirkning. Takk til informantene for imøtekommenhet, og for å ha satt av tid til å dele tanker og erfaringer, i en travel hverdag.

Takk til ledelsen i UNN og i Allmennpsykiatrisk klinikk for å ha gitt meg mulighet til å delta på dette masterstudiet.

Det har vært to krevende år. Men det vel planlagte og gjennomførte studieopplegget, dyktige og inspirerende foreleserne og ikke minst alle trivelige medstudenter, har veid opp for alt dette.

En varm takk, for all omtanke, støtte og heiarop underveis, til alle mine gode kollegaer i ledelsen og i enhetene, ved Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn. En spesiell takk til rådgiver Borghild Måsø Helland for å ha «lånt et øre» i travelheta, for å høre på tanker underveis i skriveprosessen, samt med innspill og hjelp til redigering av tekst.

En stor takk til veileder, professor Inger Johanne Pettersen for god veiledning og konstruktive innspill i arbeidet med oppgaven.

Til slutt vil jeg takke venner og familie, spesielt til Marie og Ola, for oppmuntring og forståelse for at studiene er blitt prioritert på fritid og i enkelte helger.

Tromsø, juni 2012

Liv Ingrid Sollied

## Sammendrag

Pasientmedvirkning er beskrevet som et av de overordnede målene i helsepolitikken, men det kan virke som om det har vært en motstand mot forpliktende pasientmedvirkning i helsetjenesten.

Tema er aktualisert gjennom valget av pasientmedvirkning som strategisk hovedretning i Universitetssykehuset Nord-Norge. Satsningen på bedre pasientmedvirkning er i dag ikke konkretisert i UNN. Dette bidrar til at det er en stor oppgave for de lokale lederne i sykehuset å skulle gi medvirkningen fra pasientene innhold og overføre dette til virksomhetene.

Problemstillingen i oppgaven er: Hvordan oversetter ledere i UNN pasientmedvirkning til virksomhetene?

Oppgaven er en kvalitativ studie med en fenomenologisk tilnærming, hvor den primære datakilden er intervjuene med ledere.

Hovedfunnene er følgende:

- Pasientmedvirkning synes å være del av den individuelle relasjon mellom pasient og helsearbeider.
- Pasientrettigheter fremstår som en ekstern drivkraft for større oppmerksomhet på pasientmedvirkning.
- Pasientmedvirkning utfordres av etablerte strukturer og arbeidsformer.
- Pasientmedvirkning innebærer endring av holdninger hos helsepersonell.

Empirien og funnene er drøftet opp mot teorier om institusjonelle omgivelser, organisatorisk kontekst, læring, ledelse, samt translasjonsteori.

Funnene viser til ledernes oversettelse av pasientmedvirkning, hvor tolkningen virker å være påvirket av både, interne og, eksterne forhold og krefter. Overføring av pasientmedvirkning utfordrer, i følge lederne, både strukturelle og kulturelle sammenhenger i virksomhetene. Lederens kompetanse og vilje til å involvere både pasienter og ansatte i prosessen vil dermed kunne være avgjørende i å få til en vellykket oversettelse av pasientmedvirkning inn i virksomhetene.

|   |     |
|---|-----|
| Innholdsfortegnelse   |     |
| Abstract .....  | i   |
| Forord .....  | ii  |
| Sammendrag .....  | iii |
| 1 Innledning.....   | 1   |
| 1.1 Aktualisering .....   | 2   |
| 1.2 Problemstilling .....   | 3   |
| 1.3 Sentrale begreper .....   | 3   |
| 1.4 Oppgavens oppbygging.....   | 4   |
| 2 Teori .....   | 5   |
| 2.1 Reformen.....   | 5   |
| 2.2 Omgivelser .....  | 6   |
| 2.2.1 Institusjonelle omgivelser .....  | 6   |
| 2.2.2 Muligheter og trusler .....   | 7   |
| 2.2.3 Organisasjonsoppskrifter.....   | 7   |
| 2.3 «Oversettelse» .....  | 8   |
| 2.4 Organisatorisk kontekst.....  | 9   |
| 2.4.1 Formelle elementer – mål, strategi og struktur. ....                              | 9   |
| 2.4.2 Uformelle elementer – kultur og makt .....  | 10  |
| 2.5 Læring/ kunnskapsoverføring .....   | 10  |
| 2.6 Ledelse- styring vs. kultur .....   | 11  |
| 2.7 Etske og styringspolitiske perspektiver på pasientmedvirkning .....                 | 11  |
| 3 Metode.....   | 13  |
| 3.1 Valg av metode og forskningsdesign.....   | 13  |
| 3.2 Datainnsamling .....  | 14  |
| 3.2.1 Utforming av intervjuguiden .....   | 15  |
| 3.2.2 Rekruttering og utvalg av informanter .....                                       | 16  |
| 3.2.3 Gjennomføring av intervjuene .....  | 16  |
| 3.3 Transkribering, analyse og egen rolle .....   | 17  |
| 3.4 Validitet og reliabilitet.....  | 18  |
| 4 Empiri.....   | 19  |
| 4.1 Helseforetaksreformen .....   | 19  |
| 4.1.1 Universitetssykehuset Nord-Norge .....  | 19  |
| 4.2 Bakgrunns dokumenter .....  | 20  |
| 4.2.1 Mål- og strategidokumentet .....  | 23  |
| 4.3 Omgivelser.....   | 24  |
| 4.3.1 Institusjonelle omgivelser .....  | 24  |
| 4.3.2 Muligheter og «trusler» .....   | 24  |
| 4.3.3 Organisasjonsoppskrifter.....   | 25  |
| 4.4 Intern kontekst .....   | 26  |
| 4.4.1 Mål og strategi.....  | 26  |
| 4.4.2 Struktur.....   | 27  |
| 4.4.3 Kultur .....  | 28  |
| 4.4.4 Makt .....  | 29  |
| 4.5 Kunnskapsoverføring / læring .....  | 30  |
| 4.6 Oppsummering og hovedfunn .....   | 31  |
| 5 Analyse.....  | 33  |
| 5.1 Mottak av organisasjonsoppskriften pasientmedvirkning.....                          | 33  |
| 5.2 Overføringen av organisasjonsoppskriften pasientmedvirkning inn i virksomhetene ... | 37  |
| 6 Konklusjon .....  | 40  |

|  |    |
|--|----|
| Litteraturliste .....                                      | 42 |
| <b>Vedlegg 1</b> Overordnet strategidokument for UNN ..... | 44 |
| Vedlegg 2 Intervjuguide.....                               | 45 |
| Vedlegg 3 Forespørsel om deltakelse i intervju .....       | 47 |
| Vedlegg 4 Organisasjonskart UNN HF.....                    | 48 |

## 1 Innledning

«*Pasienten først*» er ett av helsetjenestens sentrale mål. De overordnede helsepolitiske målsettingene formuleres ofte i generelle former som tilgjengelighet, kvalitet, effektivitet og brukermedvirkning.

Medvirkning og involvering av pasienter eller brukere, i utforming og beslutninger av eget behandlingstilbud samt utvikling og endring av tjenestetilbud, har vært på den politiske dagsorden gjennom flere tiår. Allerede i «Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan» (1987-88) var brukermedvirkning et tema. Brukermedvirkning har også etter hvert inngått som en sentral del i Sosial- og helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «-og bedre skal det bli!» (2005-2015), hvor brukeres medvirkning på systemnivå skal bidra til utvikling og forbedring av tjenestetilbud.

Utviklingen knyttet til reformer og endringer i det offentlige, har medført til et større brukerfokus. New Public Management reformene i helsetjenesten skulle blant annet bidra til at pasientene fikk mere makt gjennom å gi større valgfrihet og innflytelse over saker som angår dem.

Til tross for klare statlige føringer og juridiske rettigheter, kan det virke som om det har vært en motstand mot forpliktende brukermedvirkning i helsetjenesten. Det finnes mange eksempler på at helsepersonell planlegger nye tjenester og omorganiserer tilbudene sine uten at brukerne får medvirke. Noen glemmer å ta de med, andre sier at de ikke tør eller at brukere ikke har noe å bidra med i faglige diskusjoner. Brukermedvirkning kan bli sett på som tungvint, unyttig og byråkratisk. Det har også blitt oppfattet som utidig innblanding i medisinske spørsmål der fagpersoner har ment at deres kompetanse var god nok (Aarre, 2010)

Grund (2006) beskriver at fremtidens pasienter i økende grad vil bli «kompetente og krevende». Pasientene har fått bedre muligheter til å stille krav både til primærhelsetjenesten og sykehus og de vil i stor grad bruke disse mulighetene. Pasienter og pårørende har i større grad tilgang til relevant og oppdatert kunnskap om effekter av både forebyggende og behandlende aktiviteter. Informasjonsasymmetrien, det at legen alltid vet mer enn pasienten om det problemet man diskuterer, reduseres. Samtidig ønsker stadig flere pasienter å være aktive bidragsytere i beslutninger om sin egen helse (Grund, 2006).

Sykehus utfordres i større grad på å tilpasse seg endringer i omverden. Endringskreftene vil komme både ovenfra, og være styrt av myndigheter, og nedenfra gjennom å være drevet frem av blant annet pasienter (Ibid). Krav og forventninger om bedre pasientmedvirkning kommer som eksterne krefter til sykehusene, gjennom helsepolitiske målsetninger, juridiske rettigheter og offentlige reformer.

Pasientmedvirkning fremkommer dermed som en form for «organisasjonsoppskrift» eller ide, som ledere i sykehus har i oppgave å oversette. Røvik (2009) viser til evnen til oversettelse av ideer og praksis, eller «translatørkompetanse», som en kritisk faktor som kan forklare så vel suksesser og fiaskoer i å overføre og implementere ideer i organisasjoner (Røvik, 2009).

Sykehus er store og komplekse kunnskapsorganisasjoner som internt preges av at de er arbeidsplass for sterke fagprofesjoner som leger og sykepleiere, med en organisasjonskultur preget av sterk faglogikk og faglojalitet. Det kan derfor by på mange utfordringer når ledere skal oversette organisasjonsoppskrifter til virksomhetene. Våre praksisformer er ikke tidløse, men springer ut av historiske kontekster innvevd i faglige, organisasjonsmessige, administrative, språklige og kulturelle sammenhenger. Krav om endret praksis eller utvikling av nye praksisformer utfordrer oss derfor på alle disse områdene.

Det jeg her har presentert, danner bakgrunn for mitt valg av tema i denne oppgaven.

## **1.1 Aktualisering**

Direktørens lederteam og styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge begynte i 2008 et arbeid for å utvikle en ny strategi for helseforetaket, det nye mål- og strategidokumentet ble sluttbehandlet i styret i juni 2011. Sykehuset hadde gjennom LUO-prosjektet (langsiktig utvikling og omstilling) som startet i 2007, og den påfølgende etableringen av klinikkstruktur, vært igjennom store omstillingsprosesser (sak 42/10)

Begrunnelsen for arbeidet var at UNN HF var blitt en stor og kompleks organisasjon, som var i behov av å ha en tydelig strategi for å utvikle seg i den retning som styret og direktøren ønsker. Organisasjonen har vært igjennom store endringer, det er kommet nye føringer for virksomheten og det gamle dokumentet fremsto som utydelig og lite oppdatert (Ibid)

Den nye visjonen er: *«Det er resultatene for pasienten som teller. Vi gir den beste behandling.»* Pasientmedvirkning og utdanning står oppgitt som de nye strategiske



hovedretningene. I tillegg fremkommer det delmål knyttet til pasienten, at UNN skal være pådriver for brukermedvirkning, likemannsarbeid og pasientopplæring (vedlegg 1).

Behovet for pasientmedvirkning begrunnes blant annet med at pasientrollen er i endring. Satsingen på bedre pasientmedvirkning er i dag ikke konkretisert i UNN.

## 1.2 Problemstilling

Universitetssykehuset Nord-Norge danner følgelig konteksten for min masteroppgave, hvor temaet pasientmedvirkning er aktualisert både gjennom eksterne krefter og som ny strategisk hovedretning internt i sykehuset.

Med utgangspunkt i det nye mål- og strategidokumentet, har jeg stilt meg nysgjerrig og spørrende til hvordan ledere, på nivå under direktørens lederteam, forstår innholdet i pasientmedvirkning og hvilke tanker og erfaringer de gjør seg til å skulle overføre medvirkning fra pasienter til virksomhetene sine.

Problemstillingen som er valgt for masteroppgaven i helseledelse er: **Hvordan oversetter ledere i UNN pasientmedvirkning til virksomhetene?**

Jeg har i oppgaven valgt å se pasientmedvirkning som en form for organisasjonsoppskrift som ledere får i oppgave å oversette.

## 1.3 Sentrale begreper

Det er to sentrale begreper i problemstillingen, pasientmedvirkning og oversettelse.

Pasientmedvirkning: Det brukes to ulike begreper i oppgaven knyttet til medvirkning fra pasienter, det er brukermedvirkning og pasientmedvirkning. Begge begrepene kan defineres på flere ulike måter, jeg har valgt å tillegge disse begrepene samme innhold og betydning. Følgende definisjon er valgt på pasient- og brukermedvirkning:

*«De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud (Stortingsmelding nr.34, 1996-97).*

På *individnivå* er pasientmedvirkning orientert mot enkeltmenneskets rettigheter og muligheter til å påvirke og delta i beslutninger om planlegging og gjennomføring av en

tjeneste. Pasientmedvirkning på *systemnivå* innebærer at pasienter bidrar med sin kunnskap til fagfolk og administrasjon i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud (Andreassen, 2006). System for innhenting av pasienterfaringer og brukerundersøkelser hvor resultatene kan benyttes til forbedringer av tjenester, er også pasientmedvirkning på systemnivå.

Oversettelse: Begrepet knyttes her til et translasjonsteoretisk perspektiv. Oversettelse i translasjonsstudier var frem til 1980-tallet ensbetydende med å gjengi en litterær tekst på et annet språk enn originalspråket. Kulturdreiningen i -80 årene dreide oversettelse til også å innebære fortolkning av ulike kulturelle uttrykk, som ideer, konsepter, trosforestillinger m.m. Det har bidratt til at forståelsen av overføring av ideer mellom organisasjoner kan betraktes som en form for translasjon (Røvik, 2009).

Oversettelse beskrives å være: *«noe» som hentes ut av en kontekst, overføres, og søkes så omsatt til og innsatt i en eller flere andre kontekster* (ibid).

#### **1.4 Oppgavens oppbygging**

I kapittel 2 gjør jeg rede for begreper og teorier som er valgt for analysen av empirien. Begrepene og teoriene er knyttet til offentlige reformer, institusjonelle omgivelser, intern organisatorisk kontekst, kunnskapsoverføring og læring, ledelse, samt translasjonsteori.

Kapittel 3 inneholder begrunnelser for valg av metode og forskningsdesign. Det redegjøres for datainnsamlingen og bearbeidelsen av datamaterialet, hvor gyldigheten og påliteligheten blir kommentert underveis i teksten og avslutningsvis.

Kapittel 4 er empiridelen hvor Universitetssykehuset Nord-Norge presenteres innledningsvis. Bakgrunnsdokumentene til det nye mål- og strategidokumentet, undersøkes med hensikt i å se hvordan pasientmedvirkning som organisasjonsoppskrift fremkommer i disse. I tillegg vises det til begrunnelsene for valgt av pasientmedvirkning som strategi slik de fremkommer i forarbeidene til det nye dokumentet. Informantenes meninger og erfaringer om fenomenet pasientmedvirkning er systematisert i tre deler; omgivelser, intern kontekst og kunnskapsutvikling. Avslutningsvis oppsummeres empiridelen og hovedfunnene presenteres.

Kapittel 5 er analysen hvor de fire hovedfunnene drøftes. Funnene drøftes med utgangspunkt i problemstillingen: to funn vedrørende informantenes mottak av organisasjonsoppskriften pasientmedvirkning, videre to funn om informantens overføring av pasientmedvirkning inn i virksomhetene. Kapittel 6 er konklusjon med avsluttende kommentarer.

## 2 Teori

For å belyse problemstilling og de empiriske funnene, har jeg valgt begreper og teorier knyttet til offentlige reformer, institusjonelle omgivelser, organisasjonsteori med fokus på intern kontekst, kunnskapsutvikling, samt noen etiske og styringspolitiske perspektiver. For å drøfte oppgaven ledere i UNN får i å oversette pasientmedvirkning som «organisasjonsoppskrift», har jeg valgt å bruke det Røvik (2009) beskriver som translasjonsteori.

### 2.1 Reformers

New Public Management (NPM) er et vidt begrep som har vært benyttet for å beskrive en rekke reformer innenfor offentlig sektor. NPM har i stor grad privat sektor og ideale markedsmodeller som forbilder og kan forstås som en kritikk eller reaksjon mot tidligere organisasjonsformer i offentlig sektor. Kritikken gikk ut på at offentlig sektor var for stor, for lite effektiv, for regelbundet og for lite fleksibel, med for svak ledelse og brukerorientering. Kritikken har kommet fra politiske ledere som har krevd en raskere og mer fleksibel, effektiv og målrettet iverksetting av offentlig politikk (Lian, 2003).

Nyorienteringen av offentlig sektor gjennom NPM reformene skulle blant annet bidra til at reell makt ble flyttet ut av byråkatiene og inn i lokalsamfunnet. Offentlige organisasjoner skulle være drevet av målsettinger, ikke av regler og rutiner, og skulle bli bedømt utfra de resultatene som ble oppnådd. Brukere av offentlige tjenester skulle betraktes som kunder, som har valgfrihet, hvor det offentlige skulle desentralisere autoritet og oppfordre til deltakelse. Det ble lagt vekt på markedsmekanismer foran byråkratiske mekanismer, hvor det blant annet skulle være konkurranse mellom tilbydere av offentlige tjenester (Ibid). Det som nå er beskrevet skulle blant annet bidra med å løse de største problemene i offentlig sektor.

Pasientens rettigheter ble forsøkt styrket gjennom tre nye helselover, som trådte i kraft i 2001: pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven.

Kapittel 3 i pasientrettighetsloven omhandler pasientens «rett til medvirkning og informasjon». Syse beskriver at bakgrunnen for denne hjemmelen var at pasientens interesser i selv å delta i behandlingsvurderinger og -avgjørelser var kommet stadig mer i sentrum for pasientens rettigheter. Kravet til informasjon ble sett på som en nødvendig forutsetning for både å kunne utøve retten til medvirkning og for å gi gyldig samtykke (Syse, 2001).

## 2.2 Omgivelser

Omgivelser kan beskrives som: «*alle forhold utenfor en organisasjon som kan ha en potensiell effekt på organisasjonen*». Dette innebærer aktører som er viktige for organisasjonen og en rekke samfunnsmessige forhold som kan være vanskelig å identifisere og tolke betydningen av som for eksempel økonomisk og kulturell utvikling, og offentlig politikk (Jacobsen, Thorsvik, 2007).

### 2.2.1 Institusjonelle omgivelser

Begrepet institusjonelle omgivelser viser til studier av samspillet mellom organisasjoner og deres omgivelser ved å sette fokus på hvordan kulturelle trekk i omgivelsene kan påvirke organisasjoner. De kulturelle trekkene kan være grunnleggende antakelser, verdier og normer i omgivelsene som preger hvordan man mener at ulike virksomheter bør etableres, organiseres og ledes. Slike oppfatninger kan være forankret i lover og bestemmelser, slik fremmer de forventninger om hva som blir gjort. Organisasjoner som ikke passer til slike forventninger, vil lett kunne få et legitimitetsproblem i forhold til omgivelsene, fordi avvik fra forventningene skaper usikkerhet om hva som skal skje. Det blir viktig hvordan organisasjonen «ser ut», hva slags signaler den sender ut til omgivelsene. (Jacobsen, Thorsvik, 2007).

Organisasjonens omgivelser kan være sammensatt av ulike typer av institusjonelle elementer, som organisasjonen må tilpasse seg for å bli oppfattet som legitim. De *normative elementene* viser til verdier og normer i samfunnet som angir hvilke mål og oppgaver som er viktige, og hvordan man bør gå frem for å oppnå de man ønsker. Her presiseres hvordan en form for sosial forpliktelse i organisasjonen er grunnlag for å tilpasse seg verdier og forventninger i omgivelsene. Det bygger legitimitet å få moralsk aksept for hva organisasjonen gjør. Det finnes også *regulative elementer* i form av lover og bestemmelser om hvordan ulike ting skal gjøres. Lovgivning som et kulturelt fenomen får ved tvang organisasjoner til enten å avstå fra å gjøre bestemt ting eller får dem til å gjøre bestemte ting på en spesifisert måte. I de *kognitive elementene* er fokuset på sosiale grupper hvor individene har internalisert bestemte oppfatninger om hva som må gjøres, slik at det blir tatt for gitt at dette er den beste eller mest hensiktsmessige måten å gjøre ting på. Disse ulike elementene representerer en institusjonell forklaring på hvordan kulturelle forhold i omgivelsene påvirker organisasjoner, ved å sette dem under press for å gjøre noe bestemt for å sikre seg legitimitet i omgivelsene (Ibid).

### **2.2.2 Muligheter og trusler**

Grund (2006) beskriver strategi som et hjelpemiddel for å se sammenhenger mellom omgivelser og organisasjoners indre liv, i strategifaget sies det at virksomheter kan bli mer tilpasnings- og endringsdyktig hvis de blir strategiske organisasjoner (Grund, 2006).

Strategi er et begrep som tradisjonelt har vært forbeholdt private organisasjoner som fungerer i et marked. Amerikaneren Michael E. Porter er sentral i utviklingen av generiske strategier med utgangspunkt i å forstå den konkurransesituasjonen som organisasjonen befinner seg i. Det dreier seg om å forstå hvordan organisasjoner bør posisjonere seg i forhold til omgivelser, som kan være kunder, myndigheter, alliansepartnere og konkurrenter. Porter har vært en viktig inspirasjonskilde til den kjente «SWOT-analysen», som er et redskap som benyttes i strategisk analyse. Fokuset i analysen er på muligheter og trusler som knyttes til eksterne forhold, samt styrker og svakheter som er knyttet til hva slags ressurser organisasjonen har, og hvilke den mangler (Jacobsen, Thorsvik, 2007).

### **2.2.3 Organisasjonsoppskrifter**

Røvik (2009) viser til at moderne organisasjoner ved tusenårsskifte eksponeres for en mengde av ideer og oppskrifter på hvordan samtidens organisasjoner bør utformes, styres og ledes. Oppskriftene har følgende seks viktige kjennetegn: *De er svært mange*, det finnes oppskrifter for alle deler av det organisatoriske «byggverket». *De er allestedsnærværende*, fordi man vil kunne oppleve å bli eksponert for de mest populære organisasjonsideene uansett hvilken økonomisk, geografisk og sosial sfære man befinner seg i. *De har gjerne uklar historie*, det viser seg at det ofte er svært vanskelig og «datere» populære organisasjonsideer, dvs. hvor og når de er utviklet. *De er gjennomtrengende*, ved at de mest populære organisasjonsideer er svært vanskelig å unnslippe, de har ofte en enorm evne til å trenge inn i moderne organisasjoner og til å prege struktur, aktører og aktiviteter. *De er reformutløsende*, fordi oppskrifter ikke *bare* er «uskyldige» ideer som strømmer gjennom organisasjoner uten å sette spor. De er også reformideer med potensiale i seg til å utløse så vel mindre som meget omfattende forandringer i virksomhetene de trenger inn i. *De har tvetydige virkninger*, fordi selv om oppskrifter både er gjennomtrengende og reformutløsende, er det likevel betydelig usikkerhet knyttet til deres virkninger. Dvs. spørsmålet om hvor effektive de er som verktøy (Røvik, 2009)

### 2.3 «Oversettelse»

Oversettelse beskrives av Røvik (2009) å være: «*noe*» som hentes ut av en kontekst, overføres, og søkes så omsatt til og innsatt i en eller flere andre kontekster (Røvik, 2009).

Oversettelse kan knyttes til prosessen som har fokus på overføring, mottak, implementering og utnytting av organisasjonsideer. Det kan analytisk sett deles i to hovedtyper prosesser;

*Dekontekstualisering:* beskriver når praksis blir omgjort til ideer. Det handler om å hente «*noe*» ut av en sammenheng, og kan beskrives med to ulike former. «Løsrivelse», betegner tilfeller der en konkret, vellykket praksis i en bestemt virksomhet forsøkes gitt en idemessig representasjon med sikte på overføring til andre virksomheter. Den andre formen kalles «pakking», der refererer til tilfeller der en immateriell ide eller oppskrift som sirkulerer innenfor en bestemt kontekst, forsøkes gitt en mer allmenn form slik at den blir mer overførbar til andre kontekster. Formen kan også beskrives som allmennisering av en i utgangspunktet kontekstbasert ide eller oppskrift.

*Kontekstualisering:* beskriver når ideer blir omgjort til praksis. Det handler om organisasjoners etterspørsel, mottak, implementering og utnytting av ideer og oppskrifter. Det betegner de tilfeller der en oppskrift pakkes ut, dvs. forsøkes bragt fra sin ideform og materialisert i aktiviteter, strukturer, rutiner etc. i en bestemt kontekst, i dette tilfellet en eller flere organisasjoner (Røvik, 2009).

Røvik fremmer følgende påstand: »sannsynligheten for å lykkes med overføring av organisasjonsideer mellom ulike kontekster øker dersom man i organisasjonen blir bedre oversettere og dermed i stand til å lage bedre oversettelser. Det vises til translatørkompetanse som en kritisk suksessfaktor (ibid).

«Dårlig» oversettelsesarbeid kan skyldes at man ikke klarer å lage en dekkende idemessig representasjon av praksiser som skal overføres til andre, eller at praksisen er vanskelig overførbar fordi den er så innvevd i organisasjonsforhold som er vanskelig «oppdagbar». Det kan også være mangler ved implementering som gjør at man mislykkes med overføringer (Ibid).

Den gode oversetteren av organisasjonsoppskrifter er en som besitter og integrer flere typer kompetanse. Man kan betrakte disse kompetansene som et sett dyder, hvor de viktigste er kunnskap, mot, tålmodighet og styrke (ibid).

## 2.4 Organisasjonskontekst

Organisasjoner er et *sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål*. Organisasjonsteori setter fokus på menneskene som utfører oppgavene, og dermed blir menneskers adferd det sentrale studieobjektet. For å forstå hva som er spesielt med adferd i organisasjoner må vi derfor forstå hva slags kontekst organisasjoner er, og hvordan denne konteksten påvirker adferden. Organisasjoner kan deles inn i *formelle elementer*: som kan ha betydning for hvordan mennesker i organisasjonen tenker og handler. Men det er også *uformelle elementer*, som kan være av stor betydning for de ansattes adferd. (Jacobsen, Thorsvik, 2007)

### 2.4.1 Formelle elementer – mål, strategi og struktur.

Knapt på noe politisk område er det formulert flere mål enn i helsepolitikken. «Organisasjoner setter seg mål, som er beskrivelser av hva de ønsker å oppnå i fremtiden og de utformer strategier om hvordan de skal nå målene» (Ibid).

En strategi beskriver «veien mot målet». De ressursbaserte perspektiver i strategibegrepet retter fokus på interne forhold i organisasjonen, på styrker og svakheter og hvordan de kan utnytte og utvikle sine ressurser på en best mulig måte (Ibid).

«Organisasjonsstruktur kan sies å være en organisasjons arkitektur som bestemmer hvordan organisasjonen ser ut, strukturen bør være tilpasset det som skal skje i organisasjonen.» En vanlig antakelse er at organisasjonen kun vil lykkes med sin strategi hvis strategien understøttes av den formelle strukturen. Det hevdes at det er strategien som er årsak til strukturen. Men dette har vært problematisert av mange, der enkelte argumenterer for at det er strukturen som bestemmer strategien. Forklaringen kan være at mennesker som arbeider innenfor rammene av en spesiell struktur, ofte for spesielle preferanser for en spesiell strategi. Man blir «låst inn» i ett spesielt tankemønster, en spesiell strategi. Det hevdes også at de organisasjonene som kan finne det beste samsvaret mellom strategi og struktur, også vil være mere effektive enn de med dårligere samsvar. Den tradisjonelle måten å tenke strategi-struktur på, er at en spesiell strategi kun vil støttes godt opp av en enkelt struktur. Ekvifinalitet, er en antagelse som enkelte trekker frem om at det ikke bare finnes en, men heller mange like gode veier til målet (Ibid).

#### ***2.4.2 Uformelle elementer – kultur og makt***

For alle ledere og organisasjoner er det viktig å forstå samspillet mellom den formelle strukturen og den mer uformelle kulturen. Strukturen definerer ansvarsrelasjoner mellom enheter og mennesker, mens kulturen formes av verdier, normene og virkelighetsoppfatninger og de mer uformelle nettverk og dialoger som etableres i alle organisasjoner (Grundt, 2006).

*Utvikling av organisasjonskultur kan betraktes som et resultat av menneskers streben etter å skape mening, sammenheng, helhet og stabilitet i måten som man lever på i fellesskap med hverandre* (Jacobsen, Thorsvik, 2007). I sykehus vil det eksistere flere kulturer, såkalte subkulturer, som gjenspeiler ulikheter i blant annet verdier og meninger knyttet til de ulike menneskene som jobber der, profesjonene og virksomhetene.

Sykehus består av forskjellige mennesker, fagprofesjoner og interessegrupper som kan ha ulike syn på hva som er viktig, hvordan ting bør gjøres, og hvem som bør gjøre hva. Denne ulikheten kan gjøre at det indre livet i sykehus, så vel som forholdet til ulike aktører i omgivelsene, ofte bedre kan beskrives som interessekonflikt enn som harmoni og samarbeid. Flere fremhever at organisasjoner er et uttrykk for maktfordeling mellom personer og grupper i et sosialt system. Innen organisasjonsteori er det vanlig å definere makt; «*som en aktørs (person/gruppe) evne til å overvinne motstand for å oppnå et ønsket mål eller resultat*». Makt er ikke bare knyttet til formelle posisjoner som ledelse eller dominerende koalisjoner, det vil alltid finnes «lommer» av makt i en organisasjon som sykehus (Ibid). Leger har stor makt i sykehus fordi de i høy grad kontrollerer, og har monopol på, den medisinske kunnskap. Men makt forvaltes og kan komme til uttrykk i relasjoner til pasienter og av alle helsevesenets aktører.

#### ***2.5 Læring/ kunnskapsoverføring***

Jacobsen og Thorsvik viser til at interessen for læring i organisasjoner har nærmest hatt en eksplosiv interesse fra 1990-tallet, noe de begrunner med at moderne organisasjoner i større grad blir tvunget til stadig å tilpasse seg endrede eksterne handlingsbetingelser.

Læring kan beskrives som en prosess der: «*mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin adferd på grunnlag av denne kunnskapen*». Dette innebærer at læring er en prosess som fører til at man endrer praksis (Jacobsen, Thorsvik, 2007). Læring kan også beskrives slik Røvik (2009) viser til kunnskapsoverføring i del 2.3.



## 2.6 Ledelse- styring vs. kultur

Christensen et al (2004) beskriver ledelse i lys av ulike organisasjonsteoretiske perspektiver.

I et *instrumentelt perspektiv* er ledelse og styring tett koblede begreper, hvor det fokuseres mer på styring enn ledelse. Dette fordi utnyttelsen av hierarkiske konstruksjoner samt formelle strukturer og virkemidler er sentrale for måloppnåelse. Trekk eller egenskaper ved lederne tillegges liten vekt for ledelse fordi det antas at strukturene rundt lederne former disse, eller de kan bruke disse bevist som verktøy, nesten uansett personlige trekk. Ledere kan byttes ut og kommer og går, men strukturene og virkemidlene består. Formell struktur blir et helt sentralt styringsinstrument for endring (Christensen et al, 2004).

De institusjonelle perspektivene skiller mellom et kulturperspektiv som fokuserer på uformelle, interne verdier og normer i organisasjonen og et myteperspektiv som fokuserer på betydningen av de verdiene og normene som finnes i organisasjonens omgivelser.

I *kulturperspektivet* vil ledelse i hovedsak være rette inn mot sosial integrasjon og sosialisering basert på historiske tradisjoner og fellesskap, overlevelser, læring og personlig utvikling. Generelle ledertrekk har stor betydning i et kulturelt perspektiv. Det kan være kunnskap om historien, det å inngi tillit og troverdighet samt ha evner til å spille på det normative. Videre det å gå foran med et godt eksempel og å kunne forene spenninger og motsetninger (Ibid).

Strand viser til sykehus som ekspertorganisasjoner hvor leder må sørge for faglig legitimitet. Det som skal bestemmes, skal vanligvis begrunnes med faglige eller fagpolitiske argumenter. Lederrollen kan ikke legitimeres gjennom en teknikk eller formell ordning, den må skapes gjennom gjerninger og i forhandling med de berørte (Strand, 2001).

## 2.7 Ethiske og styringspolitiske perspektiver på pasientmedvirkning

Ove Jakobsen viser i forelesning (MBA-studiet, januar 2011) til, viktigheten som leder å være bevisst egne grunnleggende verdier, og at begrepet autentisitet har fått økt oppmerksomhet innenfor ledelse og bedriftsutvikling. «*Autentisitet viser til motet til å være sann mot seg selv innenfor en horisont av viktige verdier og at god ledelse dypest sett blir et spørsmål om lederens autentisitet.*» ( Ims, Jakobsen, 2011).

Pasientmedvirkning beskrives som en verdi i helsetjenesten. *»I verdigrunnlaget for den norske helsetjenesten legges avgjørende vekt på menneskeverdet som en ukrenkelig egenskap sammen med kravet om at tjenesteytingen skal være preget av nestekjærlighet og ansvarlig ressursforvaltning. Sentralt står sikring av trygghet for de som til enhver tid er mest sårbare og har det vanskeligst, så vel som kravet til helsetjenesten om å sikre medvirkning fra den enkelte pasient og pårørende»* (St.meld. nr. 26, 1999- 2000).

Brytting viser til ulike etiske tenkemåter: pliktetikk, som har fokus på gyldige prinsipper for handling og utilitarismen, som har nytte som overordnet verdi (Brytting, 2005).

Ideen om pasient- og brukermdevirkning rammes inn av ulike politiske tenkemåter, og det kan litt grovt skilles mellom to ulike styringspolitiske forståelser. Disse to ulike forståelsene kan også sees i lys av plikt- og nytteetiske perspektiver.

Den ene forståelsen kan knyttes til hvordan samfunnsgruppene i etterkrigstiden har vært trukket inn i utformingen av politikken, hensikten er å gi de berørte rett til å påvirke slik at de kan ivareta sine interesser (Andreassen, 2006). Her står demokratibegrunnelsene sterkt med likhet og rettferdighet som grunnleggende verdier.

Videre så er innhold og holdninger som ligger i lovverket knyttet til pasientens rett til medvirkning og informasjon allerede nedfelt i helseprofesjoners fagetikk, og er føringer som leder i samme retning. Det som på den ene siden beskrives som pasientenes rettigheter kan på den andre siden fremstå som helseprofesjonenes plikter. Informasjon og medvirkning i møte med pasienten er nedfelt som deler av Etske regler for leger og i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Den andre forståelsen kan knyttes til de siste tiårenes forsøk på å modernisere offentlige tjenester. Denne forståelsen av brukermdevirkning legger ikke spesielt vekt på deltakelse. Det er ikke brukernes rettigheter som står i fokus, men tjenestenes nytte av brukernes tilbakemeldinger. Brukerrettingen kan skje gjennom at offentlige tjenester innhenter informasjon om brukernes erfaringer og tilfredshet med offentlige tjenester, og nyttiggjør denne informasjonen i arbeid med effektivisering og kvalitetsforbedring. Informasjon om brukertilfredshet kan også innhentes gjennom brukerundersøkelser og andre metoder som innebærer at det er tjenestenes fagfolk som fortolker brukernes respons og utleder forbedringsbehov (Andreassen, 2006).

### **3 Metode**

Jeg vil i denne delen av oppgaven beskrive og redegjøre for den forskningsdesign som er valgt og videre for hvilke valg som ligger til grunn for datainnsamlingen og hvordan denne er utført. Avslutningsvis drøftes det rundt oppgavens gyldighet og pålitelighet.

#### **3.1 Valg av metode og forskningsdesign**

Metode betyr planmessig fremgangsmåte, hvor måten må tilpasses det som skal gjøres og det som skal gjøres avhenger av hvilken problemstilling man har. I metodelitteraturen skilles det mellom kvalitativ og kvantitativ metode. De kan noe forenklet beskrives med; kvalitativ metode bygger på tekstdata hvor det produseres fortolkninger som gjengis som ordnet tekst, og kvantitativ metode bygger på talldata med fokus på å analysere og fortolke tallene. Forskjellen ligger blant annet i måling; i kvantitativ metode nærmer man seg det man skal undersøke gjennom på forhånd oppdelte variabler som man måler for å få svar på forskningsspørsmålet. I kvalitativ metode er tilnærmingen som regel åpnere, og man nærmer seg studieobjektet med en bredere tematisk innfallsvinkel. Skillet mellom kvalitativ og kvantitativ metode bygger på ulike verdensbilder og menneskesyn. Kvalitativ metode bygger på en helhetsontologi og et syn på sosiale fenomener som «uoppsplittbare», kvantitativ metode bygger på en individualisme som tillater analysen uten at den gjør skade på den en- og helhet som de sosiale fenomenene bare tilsynelatende utgjør (Nyeng, 2010). Metode kan betraktes som et redskap til å skaffe seg innsikt, og man må være åpen for å velge den eller de metodene som er best egnet til å besvare problemstillingen.

Forskningsdesign dreier seg om formgivning, det vil si hvordan undersøkelser skal utføres. Det eksisterer mange forskjellige kvalitative forskningsdesigner. En av disse er fenomenologi, en filosofi som kort kan beskrives som læren om «det som viser seg», det vil si tingene eller begivenhetene slik de «fremstår» for oss, slik de umiddelbart oppfattes av sansene. En fenomenologisk tilnærming betyr og utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med, og forståelsen av, et fenomen. Filosofen Edmund Husserl regnes som fenomenologiens grunnlegger, han var blant annet opptatt av «livsverden fenomenologi», hvor et av formålene var å finne ut hvordan subjekter former og erfarer sin verden gjennom handlinger (Johannessen et al, 2011).

Jeg har valgt en kvalitativ metode, med en fenomenologisk tilnæringsmåte eller design, fordi jeg finner dette mest hensiktsmessig i å skulle belyse oppgavens problemstilling. Pasientmedvirkning er valgt som tema i oppgaven. Gjennomgang av litteratur og dokumenter om pasient- og brukermedvirkning, samt egne erfaringer, viser at dette ikke er et entydig begrep og fenomen. Kvalitativ metode tilhører den hermeneutiske fagtradisjonen, som handler om å fortolke meningsfulle fenomener. Problemstillingen i oppgaven utleder spørsmål for å undersøke hvordan ledere i UNN oversetter «organisasjonsoppskriften» pasientmedvirkning, og hvordan de overfører denne til praksis. Det fremstår vesentlig å fange opp informantenes vurderinger, meninger og erfaringer knyttet til spørsmålene i problemstillingen. Metoden vil således være forståelsesbasert og kvalitativ metode er opptatt av meningsdimensjonen for menneskelig handling.

Den metodiske tilnærming er også farget av min faglige identitet. Jeg har mitt arbeidsfelt innenfor psykisk helsevern og arbeider i en avdeling hvor arbeidsmåter og forståelse blant annet er knyttet til begreper som relasjon og nettverksarbeid, brukerperspektiv, dialog og refleksjon. Dette ligger nærmere den kvalitative forskningstradisjonen som støtter seg til postmodernismens kontekstskapte kunnskap i større grad enn modernisme (positivisme) som betrakter vitenskapelige fakta som objektive, generelle og allmenngyldige.

### **3.2 Datainnsamling**

*Kvalitative opplegg går ut på å samle informasjon som kan gi innsikt i det fenomenet som studeres* (Ringdal, 2001:108). Data i oppgaven er innhentet gjennom empiriske kilder som er, kvalitative intervju og bakgrunnsdokumenter.

Jeg har valgt å bruke de dokumenter det er henvist til i utarbeidelsen av det nye mål- og strategidokumentet, dette for å undersøke hvordan pasientmedvirkning fremkommer og beskrives i dem. Disse kildene utgjør sekundærdata, da de ikke er samlet inn spesielt for undersøkelsen. Oversikt over og henvisninger til bakgrunnsdokumentene fremkommer som del av litteraturlisten.

*Primærdata innsamles av forskeren selv, eller planlegges av forskeren for prosjektets formål* (Ringdal, 2001:123). De mest benyttede teknikker for datainnsamling, er varianter av intervjuing. De kvalitative intervjuene utgjør primærdata i oppgaven.

Kvale og Brinkmann karakteriserer det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med en struktur og et formål, om å forstå eller beskrive noe. Strukturen er knyttet til rollefordelingen mellom deltakerne, hvor intervjueren stiller spørsmål og følger opp svar fra informanten. Intervjuet er ofte mer preget av dialog enn rene spørsmål og svareanser (Johannessen, et al, 2011).

### **3.2.1 Utforming av intervjuguiden**

*En form for kvalitativ intervju er semistrukturert intervju, her brukes en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølge kan varieres. Forskeren kan bevege seg fram og tilbake i intervjuet (Johannessen et al, 2011).*

Jeg har valgt en intervjuform med semistrukturert intervju. Gjennom dialog med informantene kan jeg få frem oppfatninger og erfaringer knyttet til tema pasientmedvirkning. Jeg kunne ha valgt en form med strukturerte spørreskjema, men vurderte det ikke så godt egnet. Det er ikke et ønske i oppgaven om å generalisere, men å få mye informasjon fra et lite antall informanter, om det valgte tema. Gjennom å gå i dybden, kan man få en større forståelse for hvordan fenomenet pasientmedvirkning forstås og oversettes til praksis. Det gir også mulighet for å innhente mindre detaljer, få frem kompleksitet og nyanser. Intervjuene har som hensikt å bidra til innsikt om temaet, men intervjuene har også et formål om å belyse problemstillingen. Jeg valgte derfor å utarbeide en intervjuguide, som jeg kunne bruke som veiledende instrument (vedlegg 2). For å forberede meg bedre på intervju-situasjonen, teste ut spørsmålene og opptaksutstyret, foretok jeg et prøveintervju med en av lederne i egen avdeling. Resultatet førte til at jeg endret litt på intervjuguiden, hvor jeg omformulerte noen av spørsmålene og tok med noen flere.

I samfunnsfaglig forskning er det et mål og forene teori og empiri. Intervjuguiden er utarbeidet med hensikt om å belyse fenomenet pasientmedvirkning, men utformingen av spørsmålene er også preget av litteratur og teori jeg har lest i forbindelse med masterstudiet og som forberedelse av oppgaven. Dette kan beskrives som en form for deduktiv tilnærming. Intervjuene har bidratt til å gi informasjon som har krevd nye teoretiske valg for analysen av datamateriale. Noe som kan betegnes å være en induktiv tilnæringsmåte ved at man trekker slutninger fra det spesielle til det mer allmenne (Johannessen et al, 2011).

### **3.2.2 Rekruttering og utvalg av informanter**

Det ble i begynnelsen av mars 2012 innhentet tillatelse, fra Fag og forskningssjef i UNN, til gjennomføring av undersøkelsen og de kvalitative intervjuene. Gjennom henvendelse på mail, til klinikkssjefer i aktuelle klinikker i UNN, har jeg presentert meg selv og informert om oppgaven og utgangspunktet for problemstilling. Jeg har gjennom klinikkssjefene, fått navn på ledere som jeg kunne kontakte med forespørsel om intervju. For å få et mere strategisk utvalg, valgte jeg å ta direkte kontakt med en av informantene, dette på grunn av tidsdimensjon, ved at jeg måtte etterspørre svar på noen av forespørslene.

Enheten i undersøkelsen, er avdelingsledere i UNN. Jeg valgte ledernivået under klinikkssjefene, dette med utgangspunkt i at de ikke har deltatt direkte i utarbeidelse av det nye mål- og strategidokumentet og at de deltar nærmere i det kliniske arbeidet i virksomhetene. Men hensyn til at det ikke er flere enn tre informanter, fremstår dette som et bekvemmelighetsutvalg, men som tidligere nevnt hadde jeg et ønske om å kunne gå mere i dybden for å kunne fange opp flere nyanser rundt valgt tema. Avdelingslederne representerer tre ulike klinikker og arbeider innenfor faglig ulike virksomheter, noe som kan bidra til å kunne betegne utvalget som strategisk. Jeg håpet det kunne lede til å fange opp flere nyanser, fordi pasientmedvirkning kunne tenkes bli vurdert på ulike måter i de ulike fagfeltene.

Alle informantene svarte raskt på forespørselen og stilte seg imøtekommende til deltakelse i intervjuene. De som er blitt intervjuet er en kvinne og to menn, hvor alder, ledelseserfaring og lengde på ansettelse i avdelingslederstillingen varierer. Ledelseserfaringen varierer fra 1 til 35 år og ansettelsen som avdelingsleder varierer fra 1 til 3 år.

### **3.2.3 Gjennomføring av intervjuene**

Johannessen et al. (2011) beskriver; *det beste er å finne et sted for intervjuene hvor informanten slapper av og ikke blir forstyrret, samtidig som det ikke må være for kronglete for informanten å ta seg dit* (Johannessen et al, 2011). Informantene fikk derfor selv velge møtested for intervjuene, og de ble alle foretatt på informantenes arbeidsplasser.

Intervjuene ble gjennomført i uke 13 og 14. Det ble innledningsvis satt av tid til informasjonsskrivet (vedlegg 3) som informantene hadde mottatt ved forespørsel om intervjuet, skrevet ble gjennomgått og signert. Lengden på intervjuene varierer fra ca. 1 time

på de to første intervjuene til 1 time og 20 minutter på det siste. Alle spørsmålene i intervjuguiden ble gjennomgått i alle intervjuene.

Betydningen av å lytte er sentralt i den fenomenologiske tilnærmingen. Det medfører en tolkende lytting til det mangfoldet av betydning som ligger i informantenes uttalelser. Jeg hører ved gjennomgang av intervjuene at jeg ved noen anledninger kunne ha kommet med oppfølgingsspørsmål, det kan ha bidratt til at jeg gikk glipp av informasjon. På en annen side kan det være at jeg nettopp fikk viktig informasjon ved å la informantene snakke fritt og ikke bli for rask på overgangen til et nytt spørsmål.

### **3.3 Transkribering, analyse og egen rolle**

Intervjuene ble tatt opp på egen datamaskin. Jeg har lyttet i gjennom intervjuene flere ganger før de har blitt transkribert og for så å slettes. Informantene har fått deres utsagn som er brukt i empiridelen til gjennomlesning og mulighet til korrigering, jeg har fått godkjenning på å bruke de slik de fremkommer.

*Data som er samlet inn må analyseres og tolkes. Analyse av kvalitative data består i å bearbeide tekst. Den hermeneutiske sirkel viser til: All fortolking består i stadige bevegelser mellom helhet og del, mellom det man skal tolke, og den konteksten det skal tolkes i, mellom det man skal tolke, og vår egen forforståelse (Johannessen et al, 2011).*

Det har vært et krevende arbeid å fortolke og systematisere informantenes utsagn i tekstmaterialet. Dette fordi de ulike utsagnene kan inneholde flere betydninger, og ved systematisering blir de tatt ut av den sammenheng og kontekst de uttrykkes i. Utviklingen av forståelse og kunnskap om hva pasientmedvirkning er og innebærer, kan man tenke er betinget av den konteksten eller situasjonen den forstås innenfor. Fortolkningen vil også preges av min forståelse av det som uttrykkes, det har derfor vært nødvendig å reflektere over hvordan mine erfaringer, antakelser og faglige perspektiver får innflytelse på denne undersøkelsen. Jeg har valgt å gjengi informantenes utsagn i empiridelen, slik at leseren i størst mulig grad selv kan gjøre seg opp meninger om tolkningen og konklusjoner.

*«Det er slik at vår forforståelse består av forutsetninger som vi baserer vår forskning på, de danner et bredt utspent bakteppe for vår tekning. De utgjør vårt verdensbilde, noe som ikke læres gradvis gjennom empiriske studier, men som adopteres som helhetlige systemer ved*

*sosialisering inn i faget. Dette betyr at forforståelsen er det nett som vi fanger våre fakta i» (Nyeng, 2010:48).*

Jeg har en nærhet til fenomenet som undersøkes gjennom min forståelse av og egne erfaringer knyttet til pasientmedvirkning i den virksomheten jeg arbeider i, og følgelig til konteksten i form av å være ansatt i UNN. Men jeg er ikke kjent med klinikkene, virksomhetene, fagfeltet og rollene informantene representerer, og er helt ukjent med hvordan det jobbes med dette temaet i de aktuelle virksomhetene.

### **3.4 Validitet og reliabilitet**

Validitet og reliabilitet viser til undersøkelsens gyldighet og pålitelighet. Dette er prøvd sikret gjennom beskrivelse av prosessen og framgangsmåten i undersøkelsen, konteksten, samt egen rolle og ontologi.

Validitet: *går på om en faktisk måler det en vil måle (Ringdal, 2001).* Problemstillingen ønsker å belyse lederes meninger og erfaringer om fenomenet pasientmedvirkning samt overføringen til egen virksomhet. Valget av avdelingsledere har betydning både i form av at de har påvirkning på og gjør vurderinger av de ulike organisasjonsoppskriftene. Også til hvordan de tas inn i virksomheten, hvor de i tillegg blir delaktighet i implementeringsarbeidet. Jeg har ingen grunn til å tro at informantene har holdt tilbake noe eller prøvd å fremstille ting i et bedre lys i intervjuene. Informantene har fått stilt og svart på de samme spørsmålene i intervjuguiden. Kildene til bakgrunnsdokumentene er lagt ved som del av litteraturlisten, mine henvisninger til hvordan pasientmedvirkning fremkommer i disse, kan etterprøves her. Resultatet av undersøkelsen er ikke overførbart, da det er et lite utvalg, og resultatet er knyttet til min tolkning av tre informanternes meninger om undersøkte fenomen.

Reliabilitet: *knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides (Johannessen et al, 2011).* Jeg har beskrevet noe av dette i løpet av kapittelet. Jeg har lagt vekt på å gjengi informantenes utsagn i empirikapittelet. Informantene har godkjent disse, men det kan være at deres syn og erfaringer ikke er godt nok representert. Oppgaven vil speile funn ut fra hva jeg legger merke til. Det jeg trekker frem som betydningsfullt er basert på min forforståelse og erfaring. Analysen fremstår dermed som tekst om møtet mellom det jeg legger merke til i informantenes utsagn, egen erfaring og forforståelse som igjen belyses i valgt teoriforankring.



## **4 Empiri**

Dette kapittelet er innledningsvis en kort presentasjon av helseforetaksreformen og Universitetssykehuset Nord-Norge. I del 4.2 undersøkes det hvordan pasientmedvirkning fremkommer i dokumentene som danner bakgrunnen for innholdet i det nye mål- og strategidokumentet, dette fordi disse føringene kan ses på som ulike former av organisasjonsoppskriften pasientmedvirkning. Videre beskrives begrunnelsene om valg av pasientmedvirkning, slik de fremkommer i forarbeidet med det nye dokumentet. I delen hvor informantenes meninger og erfaringer knyttet til pasientmedvirkning beskrives, har jeg valgt å presentere systematiseringen av intervjuene i tre deler: omgivelser, intern kontekst og kunnskapsutvikling. Avslutningsvis oppsummeres empirien og hovedfunnene presenteres.

### **4.1 Helseforetaksreformen**

Sykehusreformen (helseforetaksreformen) av 2002 representerer den største reformen i norsk samfunnshistorie, der sykehusene ble tatt ut av forvaltningen og organisert som egne foretak. Reformen ble gjennomført for å bedre både innholdet i og tilgjengeligheten av sykehus-tjenestene. Gjennom mer helhetlig styring, klarere ansvar, klarere rollefordeling og bedre utnyttelse av ressursene skulle en sette pasientene i fokus og få mer helse pr krone (Høybråten, 2004, i Grund, 2006). Helseforetaksreformen er eksempel på en organisasjonsmodell hvor staten utøver sitt eierskap gjennom formelle krav spesifisert i lover og formelle kontrakter slik som oppdragsdokumenter og styringsdialog (Pettersen et al, 2008).

#### ***4.1.1 Universitetssykehuset Nord-Norge***

Universitetssykehuset Nord-Norge er en av landsdelens største organisasjoner. Funksjonene som spesialisthelsetjeneste knytter seg til å være regionsykehus for landsdelen innenfor somatikk og spesialisert rusbehandling og sentralsykehus innenfor psykisk helsevern for Ofoten, Troms og Finnmark, lokalsykehus for Troms og Ofoten samt universitetsklinikk for Universitetet i Tromsø. Hertil kommer landsfunksjoner og nasjonale kompetansesenter. Kliniske enheter er lokalisert til flere steder i Nordland, Troms og Svalbard. Sykehuset har vært i betydelig vekst de senere år gjennom blant annet fusjoner med Åsgård sykehus (1998), barne- og ungdomspsykiatri og distriktpsikiatri (2002), spesialisert rusbehandling (2004), lokalsykehusene i Narvik og Harstad (2006) samt etablering av nye kliniske tilbud (Pettersen, et al 2008 ).

Sykehuset startet i 2007 en omstillingsprosess, i form av prosjekt LUO (langsiktig utvikling og omstilling), dette med henblikk på å etablere en ny organisasjonsmodell. Føringerne som ble gitt i dette arbeidet, fokuserte blant annet på å tydeliggjøre ledelseslinjen i organisasjonen og å etablere en struktur som i større grad sikret helhetlig ledelse, og som gjorde mulig en helhetlig virksomhetsstyring. De ulike enhetene skulle organiseres i færre og større enheter (klinikker), uavhengig av geografisk lokalisering. Det ble blant annet lagt vekt på å etablere systemer for å bedre samhandling og helhetlige pasientforløp, samt å styrke medvirkningen fra ansatte og pasienter (ibid).

Sykehuset er i dag organisert med 11 kliniske klinikker, og det er i tillegg ulike drifts- og servicesenter (se vedlegg 4). Dialogavtalen ble innført som kjernen i den interne virksomhetsstyringen, høsten 2008. Formålet med dialogavtalen er å få gjensidig innsikt i og iverksette handling på viktige strategiske utviklingsområder. For 2012 skal avtaler være inngått på minimum klinikk-, avdeling- og seksjonsnivå.

## 4.2 Bakgrunns dokumenter

Arbeidet med nytt mål- og strategidokument i UNN bygger på overordnede føringer gitt i spesialisthelsetjenesteloven, helseforetaksloven, nasjonal helseplan, UNNs vedtekter, oppdragsdokumentene, Helse Nords verdibasert hverdag og gjennomgang av relevant litteratur (styresak 42/2010). Jeg har valgt å undersøke hvordan pasientmedvirkning fremkommer som organisasjonsoppskrifter i dokumentene som oppgis å danne deler av grunnlaget for utarbeidelsen av mål- og strategidokumentet.

### 3.4.1.1 Lovverk

Pasientmedvirkning fremkommer ikke tydelig i paragrafene i Spesialisthelsetjenesteloven.

Helseforetakslovens § 35, Pasientens og andre brukeres innflytelse, danner det lovmessige grunnlaget for en kollektiv medvirkning. «*Regionale helseforetak skal sørge for at representanter for pasientene og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum*». I tillegg fremkommer følgende: «*regionale helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter*».

På bakgrunn av innføring av helseforetak, helseforetaksloven og den nye pasientrettighetsloven etablerte UNN i 2002 et brukerutvalg på systemnivå. Utvalget er et rådgivende organ for direktøren i UNN, de tar opp saker på generelt og prinsipielt grunnlag.

Helseforetaksloven pålegger de regionale helseforetakene å sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelser av planer. Samt pålegger spesialisthelsetjenesten å innhente pasientenes erfaringer og synspunkter.

#### 3.4.1.2 Nasjonal helseplan

I Nasjonal helseplan (2011-2015) er hele kapittel 7 viet, fremtidens pasient- og brukerrolle. I mål for perioden vises det innledningsvis til at pasienter skal ha innflytelse over utforming av tjenestetilbudet, som også innebærer medvirkning på systemnivå og ivaretagelse av brukerperspektivet i utvikling av tjenester. Videre omtales temaer som samarbeid med frivillige organisasjoner, selvhjelpsarbeid, likemannsarbeid, individuell plan, pasientforløp, kontinuitet i tjenester og oppfølging, likeverdige tjenester samt ivaretagelse og samarbeid med pårørende.

Gjennomgang av Nasjonal helseplan viser at pasientmedvirkning står sentralt i regjeringens helsepolitikk, det beskrives behov for bedre satsning på medvirkning både på system- og individnivå i perioden 2011-2015.

#### 3.4.1.3 Oppdragsdokumentet

I oppdragsdokumentet for 2012 fremkommer følgende føringer og krav til UNN. Pkt. 3.2 Prioriteringer, tilgjengelighet og brukermedvirkning: *«tjenestene skal være tilgjengelig og innrettet etter brukernes behov. Brukermedvirkning er av stor betydning for utvikling av tjenestetilbudet og helseforetakene bes involvere brukerne aktivt blant annet i arbeid med pasientforløpsprosjektet»*. Det fremkommer følgende krav som skal følges opp og rapporteres til Helse Nord RHF:

- *Utvikle en strategi og handlingsplan for brukermedvirkning i helseforetakene i løpet av 2012.*

- *Sørge for at berørte interessenter på vegne av brukere, medarbeidere og befolkningen involveres i forkant av utviklingen av tjenestetilbud, omstilling og endring som får betydning for hvor de ulike tjenestene ytes.*
- *Involvere brukerne i evaluering og utvikling av pasientreisetjenesten.*
- *Vurdere om brukerne skal delta i kvalitetsutvalgets arbeid.*

Gjennomgang av Oppdragsdokumentet 2012, viser krav til UNN om å utvikle en strategi i løpet av året for brukermedvirkning, og at brukere skal involveres i utvikling og endring av tjenester.

#### 3.4.1.4 Verdibasert hverdag.

Helse Nord opprettet i 2009 prosjektet Verdibasert hverdag. Bakgrunnen var at Helsedepartementet påla de regionale helseforetakene å sette verdispørsmål på dagsorden i større grad. Prosjektet skulle bidra til at organisasjonene i Helse Nord skulle preges av helhetlig og verdibasert ledelse, hvor etikken var synlig i hverdagen. Kjerneverdiene kvalitet, trygghet og respekt skulle løftes frem og synliggjøres, samt brukes aktivt som styringsredskap. Omsorg ble i tillegg valgt som en av UNN HFs verdier.

Rapporten Prosjekt Verdibasert hverdag 2009 – 2011, beskriver at det har vært en aktiv brukermedvirkning i arbeidet med selve prosjektet. Prosjektleder har vært invitert inn og presentert og drøftet prosjektet i mange ulike brukerforum. I UNN har prosjektet vært tema på lederutviklingsprogram, KVAM/HMS opplæring og på interne fagdager i ulike avdelinger. Prosjektet har i tillegg oppfordret den enkelte avdeling/seksjon til å invitere brukere inn for å ta del i brukeres erfaringer og for å bidra i arbeidet med Verdibasert hverdag.

Det er grunn til å anta at prosjektet Verdibasert Hverdag, gjennom fokus på etikk og verdier, har bidratt til større oppmerksomhet på pasientmedvirkning.

#### 3.4.1.5 Vedtekter – UNN HF

Vedtektene til UNN HF er gitt helseforetaket, av Helse Nord RHF.

Det fremkommer i § 8 « *-Medvirkning fra pasienter og pårørende; styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Det fremkommer videre at styret også skal påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og*

*pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og drift av virksomhetene.»*

Helse Nord RHF pålegger UNN HF å følge opp de føringer om pasientmedvirkning som er gitt det Regionale helseforetaket gjennom Helseforetaksloven.

#### **4.2.1 Mål- og strategidokumentet**

Frem til juni 2011 hadde Universitetssykehuset Nord-Norge en overordnet strategi som delvis var basert på et mål- og strategidokument, sist revidert i 2005, og delvis på nye mål som ble utmeislet i tilknytning til LOU-prosjektet. Direktørens lederteam og styret begynte i 2008 et arbeid for å utvikle en ny strategi for helseforetaket, det endelige strategiutkastet ble sluttbehandlet av styret i juni 2011.

Begrunnelsen for arbeidet var at UNN HF var blitt en stor og kompleks organisasjon, som var i behov av å ha en tydelig strategi for å utvikle seg i den retning som styret og direktøren ønsker. Organisasjonen har vært igjennom store endringer, det er kommet nye føringer for virksomheten og det gamle dokumentet fremsto som utydelig og lite oppdatert.

Pasientmedvirkning og utdanning står oppgitt som de nye strategiske hovedretningene. Strategiene skal være satsninger som leder organisasjonen mot de nye overordnede målene. Behovet for pasientmedvirkning begrunnes her med følgende; den medisinske utviklingen gjør at pasientene i økende grad kan tilbys ulike behandlingsalternativer med sammenlignbar helsegevinst. Samtidig skaper samfunnsutviklingen og helselovgivningen forventninger om at pasienter og pårørende skal involveres slik at preferanser knyttet til egen livssituasjon og livskvalitet påvirker medisinske beslutninger. Pasienten ønsker i større grad å beholde kontrollen over egen situasjon. Helsearbeiderens rolle endrer seg fra å være preget av å gi informasjon og fatte beslutninger på vegne av pasienten, til å innebære deltakelse i en kunnskapsbasert dialog som skaper grunnlag for pasientens egne beslutninger. Den nye rollen krever ny metodekunnskap, og det blir viktig å synliggjøre endringen i forhold til dagens praksis. (sak 42 / 2010)

### 4.3 Omgivelser

I denne delen presenteres informantenes kjennskap til mål- og strategidokumentet, samt bakgrunnsdokumentene. Videre fremkommer det betraktninger knyttet til pasientrollen. Avslutningsvis beskrives informantenes tolkning og forståelse av pasientmedvirkning.

#### 4.3.1 *Institusjonelle omgivelser*

Bakgrunnsdokumentene danner grunnlag for noen av de forventninger og krav man finner i de institusjonelle omgivelsene knyttet til pasientmedvirkning som organisasjonsoppskrift.

Alle informantene oppgir å være kjent med at det er kommet et nytt mål- og strategidokument i UNN. Det kan virke som innholdet og hvilke bakgrunnsdokumenter det bygger på, ikke er godt kjent. På spørsmålet om informantene er kjent med dette nye dokumentet, uttrykkes det: «..ja, jeg er kjent med det..» (Informant A), «..har lest det..» (Informant B) og «..ja, sånn i grove trekk..» (Informant C).

En av informantene oppgir å ha kjennskap til hvordan pasientmedvirkning fremkommer som nasjonal målsetting og som del av regulative elementer. «..vi har jo veldig mye arbeid knyttet til pasientrettigheter og pasientens stilling, ikke minst i lovverket. Både når det gjelder medvirkning og innsynsrett og selvfølgelig denne grunnleggende retten til helsehjelp som vi styrer mye med og jeg tror vi er, de aller fleste av vår medarbeidere er ganske godt kjent med brukernes stilling i lovverket..» (Informant C).

Intervjuene viser at innholdet i det nye mål- og strategidokumentet ikke virker godt kjent. Kjennskapet til hvordan føringer og krav om pasientmedvirkning fremkommer i mål- og strategidokumentets bakgrunnsdokumenter, er delvis kjent av en av informantene.

#### 4.3.2 *Muligheter og «trusler»*

Noen av det som kom frem i intervjuene kan knyttes til informantenes betraktninger rundt gradvise endringer i pasientrollen og hvordan disse endringene oppleves i virksomhetene.

Det oppfattes at pasientenes forventninger til sykehus og helsepersonell er stigende. «.. jeg merker pasientenes behov for å ha kontroll og at de forventer at de skal få lov til å ha kontroll, det merker jeg mer enn tidligere..» (Informant A).

Pasientene beskrives som mere opplyste, de krever mer og er mere bevist sine rettigheter. «..de er mer klar over sine rettigheter og krever raskere behandlingstid og den beste legen og

*sånne ting som det..» «og så har du internett, selvfølgelig, så informasjonstilgangen er jo større enn det den var før. Noen kommer med en bestilling..» (Informant B). Informanten reflekterer over om det kanskje bare er et spørsmål om tid før det blir flere misfornøyde pasienter, noe som helsepersonell kan oppleve som et press og iverksetter behandling som man i ettertid tenker man skulle satt ned foten for.*

Det kommer også frem at pasientene fremstår mer aktive i forhold til egen behandling. De vil vite mer før de kommer og når de kommer til behandling er de mer aktive i forhold til deltakelse i å sette sammen og styre behandlingen. De fremstår mere kompetente. *»..pasientene kan mye mer. De leser mer om behandlingen og mange er ganske godt orienterte om ulike tilnærminger, så vi må jo forholde oss til pasientene som at de har en viss kompetanse..» (Informant C). En annen endring som kommer frem er at noen av de unge pasientene i større grad tar i bruk sosiale media under behandling og det gis et eksempel på en av pasientene som blogger hver dag fra virksomheten vedkommende er innlagt i. «.. vi er jo litt spent på hva er det vedkommende legger ut, hva er det vedkommende blogger..» *»..det er jo sånn unge mennesker lever livet sitt. Så vi må på en måte ta det på alvor, at sånn ønsker de og ha det, de har laptopen sin og de blogger. Litt skummelt..» (Informant C).**

Informantene forteller at de opplever gradvise endringer i pasientrollen, endringene kan tolkes å kunne fremstå som både muligheter og «trusler» for virksomhetene. Pasientens rettigheter fremstår som en ekstern drivkraft for større oppmerksomhet på informasjon og medvirkning.

### **4.3.3 Organisasjonsoppskrifter**

Pasient- og brukarmedvirkning kan betegnes å fremstå som en form for organisasjonsoppskrift. Her presenteres informantenes oversettelse av innholdet i pasientmedvirkning.

**Pasient-/brukarmedvirkning:** Informant A knytter innholdet på individnivå, hvor medvirkningen innebærer at *«..pasienten kan bidra til å kontrollere og organisere sin egen behandling (Informant A). Videre sier informantene at dette fordrer at pasientene får den opplæringen de skal ha og, viser til eksempler, hvordan dette utformes i praksis knyttet til behandling av pasienter med kroniske lidelser.*

Informant B knytter også forståelsen om hva pasientmedvirkning er, inn som en del av relasjon og samarbeidet mellom behandler og pasient, *«..pasientmedvirkning kommer jo på en måte med i, mer på sånn individnivå, når vi informerer der og da om*

*behandlingsalternativer..», «..det er vel først og fremst der jeg ser det, i samarbeid mellom behandler og pasient..»* Nødvendigheten av pasientmedvirkning fremholdes som viktigere der behandleren er mer usikker på utfallet av behandlingen «*..noen ganger er det jo usikkert og da føler jeg at pasienten må være med å bestemme i den avgjørelsen om hva slags behandling vi skal foretrekke og prognosene..»* (Informant B). Det fremheves som viktig å gjøre pasienten klar over hva som er alternativene og hva de kan forvente «*..det er jo de som til syvende og sist bestemmer..»* Informanten viser til at medvirkning er avhengig av pasientens tilstand. «*..pasientene kommer inn i mange forskjellige forfatninger og da er det jo noen ganger at vi må, altså som oftest så vet jo vi best for pasienten når det gjelder..»* (Informant B).

Også av informant C knyttes begrepet pasientmedvirkning til individnivå og beskrives som en prosess for å fremme pasientens mulighet til «*..medvirkning i egen behandling ved å være med å finne ut hva som er nyttig for meg..»* (Informant C). Det beskrives som viktig at pasienten tar aktivt del i utforming av behandlingsopplegg, slik at behandlingen også er pasientens «prosjekt», det er fokus på å bidra til motivasjon for livstilendringer og mestring.

Det vises til at brukermedvirkning også kan foregå på systemnivå, dette beskrives som fraværende i en virksomhet, til å være mindre systematisert i de andre virksomhetene. En av informantene, henviser til at UNN har et sentralt brukerutvalg, hvor det beskrives å være gode representanter fra eget fagfelt og hvor informanten har møtt når det har vært saker som dreier seg om fagfeltet.

Tolkningen av innholdet i pasientmedvirkning viser at informantene setter det i sammenheng med relasjonen mellom pasient og helsearbeider. Beskrivelsene av innholdet eller hensikten med pasientmedvirkning preges av at informantene tilpasser oversettingen til den faglige konteksten medvirkningen skal utspille seg i.

#### **4.4 Intern kontekst**

I denne delen fremkommer informantenes meninger og uttrykk knyttet til oversettelsen av å skulle overføre pasientmedvirkning inn i de interne virksomhetene.

##### **4.4.1 Mål og strategi**

Et av temaene i intervjuene omhandlet pasientmedvirkningen som del av virksomhetens målsetting og virksomhetsstyring.



I en av virksomhetene beskrives pasientmedvirkning som tema å ha lite fokus på både ledelsesnivå og inne i organisasjonen og er ikke en del av virksomhetsstyringen. *»..Jeg tror rett og slett at vi ikke er så bra på det, og at det ikke er så veldig mye fokus på det egentlig..»* (Informant B). Fokuset kan øke ved i større grad å snakke om det som tema, sier informantene.

I en av de andre virksomhetene beskrives fokus på pasientmedvirkning som: *»..det kan bli mye bedre, det er ikke det som er hovedfokus, men det begynner å komme..»* (Informant A). Videre sies det at det i den senere tid har blitt satt på dagsorden av ledelsen i klinikken som tema og at det tematiseres også ute i organisasjon i ulike forum. *«..Vi ønsker å satse på det, så det er et stort tema på ledernivå, at vi ønsker å arbeide med det, og at vi ser pasienten som ressurs..»* *»..det er første dialogavtalen i år, at vi har begynt å sette det i system..»* (Informant A). Det opplyses videre om at det nylig er utarbeidet en kvalitetsstrategi internt i klinikken der pasientmedvirkning er en del av denne, hvor det sees på som verktøy for tilbakemeldinger og endringsforslag, også for ansatte og pårørende.

I den siste virksomheten beskrives pasientmedvirkning å ha blitt en sentral del av den terapeutiske tilnærmingen i behandlingen, noe som forklares med et satsningsområde internt i virksomheten og en gradvis utvikling over de siste årene. Det opplyses om at det er nedfelt punkter om tilrettelegging for pasientmedvirkning i årets dialogavtale. Valget av pasientmedvirkning som strategisk hovedretning i UNN, kommenteres med *«.. vi har jo selvfølgelig merket oss det og jeg synes jo at det har vært en positiv vektlegging av fokusering fra HF-ledelsen, fra direktørnivå og nedover..»* (Informant C).

Satsningen på å utvikle pasientmedvirkning i form av interne mål og strategier varierer fra å være fraværende til et noe mer prioritert område. Det kan virke som pasientmedvirkning, i større grad enn tidligere, er kommet inn som del av dialogavtalen i to av virksomhetene.

#### **4.4.2 Struktur**

Noe som kom frem i informantenes refleksjoner, var koblingen mellom pasientmedvirkning og virksomhetens arbeidsformer og strukturer.

En av informantene uttrykte det slik: *«..vi er jo flink å lage systemer som på en måte blir våre behov, som kanskje ikke er pasientens..»* (Informant A). Videre er informantene opptatt av nødvendigheten av å endre på arbeidsformer, blant annet gjennom å trekke pasientene mere inn i forum og drøftinger som angår dem *«..jeg tror at måten vi er organisert på er gammeldags og at vi i mye større grad fremover skal dra pasienten inn i drøftinger, det her at*

*vi skal diskutere pasienten og problemer pasienten har uten at pasienten er tilstede er avleggs. Håper det er avleggs om noen år i alle fall..»* (Informant A). Det holdes frem at dagens arbeidsformer bidrar til at man kan snakke om pasienter som ikke er til stede og kanskje problemer som ikke eksisterer eller ikke er aktuelle lenger. Informanten hevder at med å endre struktur så kan det bidra til at det spares tid, pasienten blir involvert og opplever større grad av kontroll.

I en av de andre virksomhetene beskrives det å ha vært en endring fra å utforme tjenester med tydelige regler og rutiner til en bevegelse mot i større grad å vektlegge fleksible løsninger der innholdet i og rammene rundt behandling i mye større grad utformes sammen med pasientene. *«..folk kom på våre premisser, og hvis pasienten ikke tilpasset seg våre regler, så passet de ikke inn hos oss, og da ble de skrevet ut. Over kort tid, så er dette bildet snudd utrolig på hodet..»* (Informant C).

Informant B peker på faktorer i virksomheten som kan vanskeliggjøre og virke hemmende på pasientmedvirkning *«..det er jo en litt svakhet vil jeg si, at man ikke har den samme behandleren under hele forløpet..»* Det beskrives at i et behandlingsforløp kan pasienten møte ulike behandlere, på poliklinikk før selve behandling, underveis i innleggelse og ved eventuell etterkontroll. *«..Det er klart da kan det være diskrepans mellom hva som er sagt og det som gjøres..»* (Informant B). Det trekkes videre frem at arbeidsprosessene i virksomheten preges av standardiserte rutiner og prosedyrer, hvor informanten reflekterer over om en større oppmerksomhet i retning av fokus på pasientens deltakelse nødvendiggjør at dette må nedfelles i prosedyrer.

Det fremkommer av intervjuene at pasientmedvirkning innebærer vurderinger om hvordan medvirkningen passer inn i etablerte strukturer og arbeidsformer. Det kan virke som implementeringen av pasientmedvirkning har endret tidligere arbeidsformer og strukturer.

#### **4.4.3 Kultur**

Det fremkommer i intervjuene at tilrettelegging for pasientmedvirkning innebærer endring av etablerte kulturer. Informantene uttrykker at de ser det som en stor utfordring å skulle endre helsepersonellens holdninger til pasientmedvirkning.

*«..Den største utfordringen ville vel vært kanskje dette med å endre folks holdninger til pasientdeltakelse, altså at pasientene kan være med å bestemme, i hver fall for enkelte..»* (Informant B).

Det beskrives av en informant som et langsiktig arbeid der man må starte i seg selv «..*det viktigste er egentlig å tenke annerledes selv.. det sitter i hodene våre..*» (Informant A). Informanten beskriver videre at vedkommende opplever skepsis fra de ansatte knyttet til nye tiltak som tenkes gjennomført i virksomheten der man etterspør tilbakemeldinger fra pasientene som del av tiltaket. «..*jeg tror vi er farget av hva vi selv mener og vår intensjon blir preget av hva vi selv mener..*» (Informant A).

Informant C beskriver det å endre den terapeutiske tilnærmingen mot å vektlegge pasientenes delaktighet, også har bidratt til en endring av fagpersoners holdninger. Til tross for at informanten opplever at det har blitt en bred oppslutning rundt pasientmedvirkning i virksomheten, så refereres det til at det tar tid å endre vaner. «..*vi registrerer av og til i noen håndtering av situasjoner, der man bommer, der man tar en litt mer sånn autoritær stil; det er greit med brukervedvirkning, men det er nå vi som kan dette her og må bestemme litt. Altså, så detter man litt tilbake i det..*» (Informant C).

Informantene uttrykker følgende om intern kultur: å endre holdninger hos helsepersonell fremstår å være en av de største utfordringene knyttet til å implementere pasientmedvirkning.

#### **4.4.4 Makt**

Informantene trekker frem at pasientmedvirkning utfordrer både ekspertrollen og vårt kunnskapssyn.

«..*vi beskytter vår egen profesjon og vår egen kunnskap ganske mye..*», «..*vi er utdannet og oppdratt i en konservativ tradisjon hvor vi skal ha kontroll, oversikt og styring..*», «..*jeg tror vi er redd for, i den grad vi er redd for å miste kontroll, så tror jeg vi er redd for at kvaliteten skal bli dårligere..*» (Informant A).

Et av temaene var knyttet til hvordan lederne oppfattet at motivasjon og viljen til å ta i bruk pasientmedvirkning var. «..*jeg tror ikke den er så dårlig, men jeg tror det er en liten kultur på at vi som fagpersoner vet best, det er det nok. Og det tror jeg jo også at vi vet, eller det skulle bare mangle på en måte fordi vi har behandlet mange pasienter. Men også at, litt avhengig av hvem det er, så tror jeg nok det er individuelle forskjeller i hvordan man mottar pasientens ønske om pasientmedvirkning, det tror jeg nok er veldig forskjellig..*» (Informant B).

Det holdes frem av informant C at pasientmedvirkning utfordrer roller, både fagrollen og den autoritære lederrollen, også vårt kunnskapssyn i form av hva man skal vektlegge mest,

evidensbasert kunnskap eller pasientens erfaringsbaserte kunnskap. *»..da ved at vi må ta stilling til gode undersøkelser publisert i faglige tidsskrifter, en annen ting er den enkelte pasients erfaringer og ønske om å ta ansvar for egen behandling..»* (Informant C).

Det fremkommer fra informantene at pasientmedvirkning utfordrer fagrollen som autoritet og ekspert. Videre utfordres kunnskapssynet gjennom i større grad å skulle vektlegge pasientens erfaringsbaserte kunnskap som kan stå i kontrast til den evidensbaserte.

#### **4.5 Kunnskapsoverføring / læring**

I virksomheten til informant A beskrives fokuset på og ideen om pasientmedvirkning som noe som har sprunget ut fra gode erfaringer gjort av enkelte fagpersoner over flere år, i form av å fremme medvirkning fra pasienter i egen behandling. *«..i vår virksomhet er det personer som har gjort det her i årevis, vi har gode rollemodeller..»* (Informant A). Det vises til at noen av de som er, og har vært sentrale fagpersoner i virksomheten, fremstår som ressurspersoner i å legge til rette og prøve ut bedre medvirkning fra pasienter. Informanten reflekterer over disse erfaringene som betydningsfulle bidrag til både å fremme interesse for og kunnskap om pasientmedvirkning. I tillegg vises det til gode tilbakemeldinger fra pasienter som har deltatt på kurs og pasientopplæringstiltak i samarbeid med lærings- og mestringssenteret, samt at det er noen pasientgrupper i virksomheten som er gode rollemodeller knyttet til medvirkning i egen behandling. Det fortelles om besøk og hospitering ved lignende virksomheter utenfor UNN som har bidratt til å inspirere personalet til å se nye muligheter ved pasientmedvirkning.

I virksomheten til informant C beskrives pasientmedvirkningen å ha blitt en sentral del av den terapeutiske tilnærmingen, hvor det legges vekt på å bidra til at pasienten er en aktiv, deltagende og evaluerende part underveis i behandlingen. *«..det ligger nokså i bunn av selve behandlingstekningen, at det er pasientens prosjekt, så må vi jo tilpasse tilnærmingen til pasienten..»* Informanten synes det er vanskelig å skulle tidfeste når oppmerksomheten på pasientmedvirkning kom i virksomheten, men sier at det har vært en raskere utvikling i løpet av de siste 3-5 årene, knyttet til at pasientene fremholder sine rettigheter og er mere aktive i behandlingen. Det beskrives at det kommer mindre pasientklager knyttet til innholdet i behandling, klagene preges nå av reaksjoner på prioriteringer og ventetid på behandling. Kunnskapen beskrives å komme fra ulike hold *«..litt sånn større nasjonale konferanser er jo preget av brukermedvirkning. Så vi får det jo inn på den måten, men i tillegg så får vi jo det gjennom pasientene..»* Pasientmedvirkning er et tema det snakkes om i virksomheten, og det legges vekt på opplæring og kurs i mere pasientsentrerte metoder og arbeidsformer, men

informanten sier at det ikke har nådd helt frem til alle. «..Prøver liksom å få under huden på alle medarbeidere, så greier vi å få det inn, så tror jeg vi har gjort mye for brukermedvirkning..» (Informant C).

I virksomheten til informant B kan det virke som temaet pasientmedvirkning har kommet i sterkere grad inn som et resultat av pasientens rettigheter. Informanten uttrykker at «.. det er nok kommet mer og mer inn, spesielt med pasientrettigheter og alle disse lovverkene som er kommet..». Informanten holder frem at medvirkningen er: «..veldig sånn opp til den enkelte behandler, men i utgangspunktet skal det være en naturlig del av jobben..». Men informanten holder også frem at viktigheten av informasjon til pasientene fremstår som «..litte grann riset bak speilet for alle, hvis du ikke dokumenterer at du har informert og informerer, så er det bare spørsmål om tid før man får en sak på seg, sånn er det i det yrket her, og da kan det være at du fortjener kritikken eller ikke..», «..så det er en god del fokus på det, vi snakker jo ofte om det å informere: -er pasienten informert, og har du snakket med pasienten..»

Det fremkommer i intervjuene at informantene i liten grad er kjent med, om og eventuell hvordan det arbeides med å utvikle og forbedre pasientmedvirkning i de øvrige klinikkene.

Oppsummert virker det som kunnskap rundt pasientmedvirkning er utviklet gjennom ulike ideer og på ulike måter. I de virksomhetene som arbeider med implementering av medvirkning, kan det virke som overføringen har skjedd gjennom en gradvis prosess.

#### **4.6 Oppsummering og hovedfunn**

Bakgrunnsdokumentene viser at pasientmedvirkning kommer både som normative og regulative føringer fra de institusjonelle omgivelsene, og i tillegg til som en ikke konkretisert strategi og målsetting lokalt i UNN. Pasientmedvirkning fremstår dermed å være både en nasjonal og en lokal organisasjonsoppskrift.

Intervjuene viser at informantene har varierende kjennskap til føringene om pasientmedvirkning fra de institusjonelle omgivelsene. Tolkningen av pasientmedvirkning knyttes til å være del av relasjonen mellom pasient og helsearbeider. Beskrivelser av hensikten med og innholdet i medvirkningen virker farget av den faglige konteksten den skal foregå i. Det fremkommer videre i intervjuene at pasientrettigheter har ført til at virksomhetene i større grad blir «tvunget» til fokus på pasientmedvirkning. Krav og føringer fra de institusjonelle omgivelsene og endringer i pasientrollen bidrar til at endringer i pasientrollen både kan fremstå som muligheter og «trusler» for virksomhetene.

Med utgangspunkt i ulike interne kontekst, så finner jeg at intervjuene indikerer at pasientmedvirkning som tema varierer fra å være fraværende til i noe grad et satsningsområde, nedfelt i virksomhetenes dialogavtale. Felles for informantene, er at overføring av pasientmedvirkning til praksis i virksomhetene fordrer vurderinger av tilpassinger av eller til etablerte arbeidsformer og strukturer. Det beskrives videre at pasientmedvirkning utfordrer helsepersonells rolle som autoriteter og eksperter, i tillegg at det stiller krav til hvilken kunnskap helsepersonell skal vektlegge i møte med pasienten. Dermed er det nok en stor utfordring å skulle endre helsepersonells holdninger til pasientmedvirkning.

Virksomhetene som arbeider med å implementere eller har implementert pasientmedvirkning, preges prosessene av en gradvis kunnskapsoverføring hvor ideene kommer fra ulike hold.

Hovedfunnene som vil bli drøftet videre i analysen er:

- Pasientmedvirkning synes å være del av den individuelle relasjon mellom pasient og helsearbeider.
- Pasientrettigheter fremstår som en ekstern drivkraft for større oppmerksomhet på pasientmedvirkning.
- Pasientmedvirkning utfordres av etablerte strukturer og arbeidsformer.
- Pasientmedvirkning innebærer endring av holdninger hos helsepersonell.

Problemstillingen skal undersøke hvordan ledere i UNN oversetter pasientmedvirkning inn i virksomhetene.

Oversettelse er beskrevet å være: *«noe» som hentes ut av en kontekst, overføres, og søkes så omsatt til og innsatt i en eller flere andre kontekster* (Røvik, 2009). Dette betyr at jeg vil analysere mine funn ut fra to perspektiver.

De to første funnene setter jeg i sammenheng med informantenes oversettelse av organisasjonsoppskriften, ved å drøfte det som virker å kunne ha satt sitt preg på informantenes mottak av (eller dette «noe» i) pasientmedvirkning. De to siste funnene knytter jeg opp til informantenes oversettelse, ved overføringen av oppskriften pasientmedvirkning, inn i de interne virksomhetene. Sentralt i drøftingen er, det Røvik (2009) beskriver som avgjørende knyttet til oversetteren sin translatørkompetanse i oversettelsesarbeidet.

## 5 Analyse

Med utgangspunkt i problemstillingen, har jeg i analysedelen valgt å dele kapittelet inn i to ulike deler hvor hovedfunnene drøftes inn under disse.

Røvik viser til translatørkompetanse som en kritisk viktig ressurs i oversettelse av organisasjonsoppskrifter, hvor den gode oversetteren er en som besitter og integrerer flere typer kompetanse (Røvik, 2009). Dette vil jeg vektlegge i analysen.

### 5.1 Mottak av organisasjonsoppskriften pasientmedvirkning

Informantenes utsagn og meninger knyttet til mottak av organisasjonsoppskriften pasientmedvirkning, har resultert i følgende funn:

- Pasientmedvirkning synes å være del av den individuelle relasjon mellom pasient og helsearbeider.
- Pasientrettigheter fremstår som en ekstern drivkraft for større oppmerksomhet på pasientmedvirkning.

Intervjuene indikerer at informantenes utsagn, spenner fra en oppfattelse av at pasientmedvirkning nærmest er en tidløs ide, hvor medvirkningen knyttes til relasjon mellom pasient og helsearbeider, til i større grad å ha blitt til som resultat av regulative krav og forventninger fra de institusjonelle omgivelsene.

Det beskrives av Røvik at organisasjonsoppskrifter ofte har en uklar historie. Informantene har vanskeligheter med å tidfeste når pasientmedvirkning ble utviklet eller innført som organisasjonsoppskrift i virksomhetene. Alder, profesjon- og ledererfaringen varierer, men alle informantene har vanskeligheter med å skulle datere den. Pasientmedvirkning beskrives som «det er en selvfølge», «slik skal det være» og «vi har alltid gjort det».

Jeg har i min empiri funnet at de institusjonelle føringene på pasientmedvirkning, beskrevet i bakgrunnsdokumentene, ikke synes å være godt kjent av alle informantene. Til tross for dette beskrives pasientmedvirkning som en opplagt ide. Dette kan tolkes å ha en sammenheng med at medvirkning og informasjon til pasienten er nedfelt i de etiske regler og retningslinjer for leger og sykepleiere.

En av informantene uttrykker at rollemodeller blant fagpersonell i virksomheten, har prøvd ut og løftet frem gode erfaringer knyttet til medvirkning fra pasienter. I tillegg beskrives det at helsepersonell har vært på besøk og hospitering i andre virksomheter og at de der har fått inspirasjon til hvordan man kan utvikle og ta i bruk pasientmedvirkning. Slik kan ideene om pasientmedvirkning komme både internt i og fra eksterne virksomheter. Det framkom i intervjuene at informantene hadde liten eller ingen kjennskap til hvordan det arbeides med pasientmedvirkning i de øvrige klinikkene i UNN. Dette kan være et uttrykk for at organiseringen i UNN kan bidra til å hemme kunnskapsoverføringen mellom klinikkene. Men det kan også ha sammenheng med at pasientmedvirkning på individnivå virker hatt en forholdvis liten oppmerksomhet sentralt i UNN.

Organisasjonsoppskrifter beskrives av Røvik å kunne være allestedsnærværende. En informant forteller at deltakelse på nasjonale kurs og konferanser bidrar til at man eksponeres for ulike innspill på organisasjonsoppskriften pasientmedvirkning. Det beskrives at større nasjonale konferanser i dag, preges av temaet brukermidvirkning. Slike utviklingsarenaer kan være viktige «idebærere», oversettelsesarenaer og, ikke minst, viktige inngangsporter for ideer og konsepter i moderne organisasjoner (ibid).

En av informantene knytter også opp pasientmedvirkning som et verktøy, de ansatte kan lære å ta i bruk, i forbindelse med forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling i virksomheten. Det er i de senere årene blitt større fokus på innhenting av pasienterfaringer knyttet kvalitetsforbedring i helsetjenesten, hvor brukeres medvirkning på systemnivå skal bidra til utvikling og forbedring av tjenestetilbud.

Men pasientmedvirkning som organisasjonsoppskrift kommer ikke bare som ideer preget av; verdier, normative forventninger eller nyttige verktøy.

De institusjonelle omgivelsene utgjør en slags spilleregler, som det antas at sykehusene innretter seg etter. De regulative elementene i form av lovgivning kan ved tvang få organisasjoner til å gjøre ting på en spesifisert måte (Jacobsen, Thorsvik, 2007). For å stimulere ønskede handlinger blir derfor straff og belønning viktig.

Informantene beskriver at pasientene i større grad er beviste sine rettigheter, de har forventninger og stiller krav. En av informantene uttrykte at det er bare et spørsmål om tid før det blir flere klagesaker. Det blir beskrevet at klagesaker fremstår som litt «riset bak speilet», noe som igjen bidrar til større press gjennom økt oppmerksomhet på samhandlingen i



informasjonsutveksling med pasienten og på at informasjonen blir godt dokumentert. En av de andre informantene forteller at innholdet i klagesakene har endret seg etter at virksomheten har blitt bedre på pasientmedvirkning. Det beskrives her at pasientene klager mindre nå på selve innholdet i behandlingen, klagen omhandler i større grad prioriteringer og ventetid til behandling.

Syse (2001) viser til at årsaken til fremveksten av pasientrettigheter, også kan knyttes til sykehusenes utvikling, ved et sterkt økende antall helsearbeidere med stor makt og omfattende kunnskaper i forhold til pasientene. For at det ikke skulle bli for stor makt - ubalanse, ble det viktig å styrke pasientenes rettigheter og rettsikkerhet (Syse, 2001).

Informantene uttrykker at pasientene oftere enn før fremstår som informerte og kompetente. De leser mer om behandling og ulike tilbud, og de vet at informasjonstilgangen på internett er stor, og de bruker den. Både krav om, og hvilken, behandling samt kunnskaper hos pasienten, kan åpne for en uenighet om hva som er den beste løsningen. Dette utfordrer relasjonen og rollene mellom pasient og helsearbeider, og utfordrer også synet på hvilken kunnskap som skal vektlegges, pasientens erfaringsbaserte kunnskap eller den evidensbaserte kunnskapen.

Organisasjonsoppskrifter beskrives å kunne være tvetydige. Ole Berg (2005) viser til at pasientrettigheter har en tvetydig status. De kan på den ene siden ses på som en slags menneskerettigheter, og på den andre siden som kontraktsrettigheter (forsikringsrettigheter), noe som igjen bidrar til å mobilisere pasientene som etterspørrere og kunder. (Berg, 2005).

En av informantene viser til at pasientene i større grad kommer med «en bestilling», og det kan oppleves som press for helsearbeidere og skulle imøtekomme bestillinger hvor helsearbeideren kan være i tvil om både behovet for og effekt av den bestilte behandling. Pasientmedvirkning kan også innebære tvetydighet i form av at virkningene blir uheldige. Et eksempel kan være at en bestilling framsatt som krav fra pasienten kan bidra til at helsepersonell ikke utøver og deler sin kunnskap og faglige skjønn. På samme måte kan det å skulle gi pasienten større myndighet over egen helse og helsetilbud, bidra til at helsepersonell tar mindre eller fraskriver seg noe av ansvaret.

Kundemetaforen bygger på at kunden har mest makt i relasjonen, som legger premissene for samhandling og kan kreve av den andre part. Tilsvarende blir rollen til helsearbeideren omdefinert fra paternalistisk ekspert til serviceinnstilt tjenesteyter (Lian, 2008). De offentlige reformene skulle bidra til å flytte makt fra helsearbeideren til pasienten. Kundemetaforen

forutsetter at pasienten har nødvendig kompetanse og kan gjøre krav på sine rettigheter. Dette står i motsetning til de opprinnelige verdiene hvor motivet for pasientmedvirkning, var hensynet til den svake, likhet og rettferdighet.

Intervjuene viser også at informantene får ideer om pasientmedvirkning gjennom pasientene. Noe av ideene kommer inn i form av at pasientene ønsker deltakelse, og at dette da prøves ut. Men også pasientene bidrar til å løfte frem erfaringer som gjøres i virksomhetene, ved å gi tilbakemeldinger på både gode og dårlige eksempler på samhandling med helsepersonell og for hvordan tilrettelegging for medvirkning i egen behandling fremstår.

Røvik (2009) beskriver at oversetteren må ha kunnskap om oppskriften som skal oversettes (Røvik, 2009). Intervjuene viser stor variasjon i informantenes kunnskap om pasientmedvirkning. Knyttet til informantenes utsagn, synes det som kunnskapsoverføringen kommer til informantene som ideer fra mange ulike «avgivende» kontekster.

Røvik beskriver videre at i tillegg til å ha kunnskap om oppskriften som skal oversettes, må oversetteren ha betydelig innsikt i den organisatoriske konteksten den skal oversettes til (Ibid). Informantene har ulik alder, lengde på profesjonserfaring og ledererfaring i nåværende jobb. Det lengste intervjuet, var med lederen som fremsto med mest erfaring og kunnskap om pasientmedvirkning.

Dessuten sier Røvik, at den nye organisasjonsoppskriften må tilpasses så langt som mulig i forhold til det som finnes i konteksten fra før, slik at det passer inn og gir mening. Røvik viser til at oversetteren må ha både mot og kreativitet. Det mangler ofte språk når organisasjonsideer skal oversettes, slik at oversetteren må språksette pasientmedvirkning, for slik å gjøre oppskriften kommunikabel og oversettbar (ibid). Et eksempel på dette er hvor informanten beskriver at det har vært gode rollemodeller blant ansatte som har prøvd ut pasientmedvirkning i behandling, og hvor disse eksemplene løftes frem. Slik kan disse personene fremstå som individuelle oversettere i form av at deres erfaringer, blir fortellinger som bidrar til å sette ord på hva innholdet i oppskriften kan være, og slik komme inn i virksomhetens formelle og uformelle diskurser.

Dette beskriver Røvik som dekontekstualisering, hvor praksiser oversettes til ideer. Å oversette en praksis til en idemessig representasjon kan være krevende i form av hvorvidt oversetteren får reflektert inn viktige meningsbærende elementer fra konteksten rundt oppskriften. Dette gjelder spesielt når praksiser skal overføres til andre kontekster. Det kan

handle om hvor språkliggjort pasientmedvirkningen er som organisasjonsoppskrift og hvordan den kommer til uttrykk. I tillegg til hvor klar eller uklar årsaks-virknings-relasjonene er bak den praksisen man ønsker å modellere. Og til slutt vil det spille en rolle hvor sterkt praksisen er forankret og innvevd i den opprinnelige organisatoriske konteksten.

Videre sier Røvik, at den nye organisasjonsoppskriften må tilpasses så langt som mulig i forhold til det som finnes i konteksten fra før, slik at det passer inn og gir mening. Ideene om pasientmedvirkning kan også komme inn i form av kontekstualisering, hvor ideene oversettes til praksis. Dette kan synliggjøres ved eksemplet på hospitering i andre virksomheter hvor ideene tas inn gjennom ledelsen, hvor pasientmedvirkning ønskes som del av kvalitetsforbedrende tiltak i virksomheten. Her kan faren være at oppskriften raskt blir kastet ut igjen, eller den kan omformes slik at den passer til den lokale konteksten.

Jeg har tolket informantene i retning av at de har ulike oversettelser av innholdet i pasientmedvirkning og jeg har inntrykk av at hensikten eller motivet med medvirkningen er preget av eller har tatt hensyn til den faglige konteksten medvirkningen skal utspille seg i. Det varierer fra:

- «å få kontroll over sykdom ved å organisere egen behandling»
- «å dele informasjon og mulig usikkerhet knyttet til valg av behandling og prognose»
- «å medvirke i utforming av egen behandling, som bidrag til motivasjon og endring».

Alle beskrivelsene fra informantene kan sies å falle inn under den innledningsvis valgte definisjon av pasientmedvirkning. Den ene relateres i større grad til informasjon og de to andre til medvirkning.

UNN har organisert virksomhetene rundt de ulike faglige spesialitetene, dette bidrar til at pasientmedvirkning på individnivå mest sannsynlig blir ulike oppskrifter når de oversettes av de lokale lederne til de ulike virksomhetene.

## **5.2 Overføringen av organisasjonsoppskriften pasientmedvirkning inn i virksomhetene**

Informantenes meninger og erfaringer om overføringen av pasientmedvirkning inn i de enkelte virksomhetene, indikerer at oversettelsen preges av følgende funn:

- Pasientmedvirkning utfordres av etablerte strukturer og arbeidsformer.
- Pasientmedvirkning innebærer å endre holdninger hos helsepersonell.

Teorien beskriver at hovedhensikten med organisasjonsstruktur er å påvirke adferden i en bestemt retning (Jacobsen, Thorsvik, 2007).

En av informantene forteller at det har vært en endring i virksomheten fra tjenester preget av tydelige regler og rutiner, til en bevegelse mot mere fleksible løsninger der innholdet i og rammene rundt behandling i mye større grad utformes sammen med pasientene. En annen av informantene beskriver at pasientmedvirkning innebærer at arbeidsformene i virksomheten vurderes endret, i form av å inkludere pasienten i de drøftinger og beslutninger som skjer knyttet til pasientens plager og behandling.

Dette bekreftes av den organisasjonsteoretiske antakelsen om at organisasjoner vil lykkes med sin strategi hvis strategien understøttes av den formelle strukturen (ibid).

Den siste av informantene var opptatt av hvordan fokus på pasientmedvirkning kunne økes ved å nedfelle oppskriften som beskrivelser i virksomhetens rutiner og prosedyrer.

Teorien beskriver at standardisering av arbeidsoppgaver, gjennom regler, skriftlige rutiner og prosedyrer, er et middel for å fremme effektivitet og minimalisere personlig skjønn, følelser og holdninger. Å følge reglene blir viktigere enn resultatet av det man gjør. Det hevdes at høy grad av regelstyring virker hemmende på en organisasjons mulighet for å lære (ibid).

Hvis pasientens medvirkning i egen behandling innebærer at helsepersonell skal bidra til å finne og utarbeide de individuelle gode løsningene i samarbeid med den enkelte pasient, kan det virke som pasientmedvirkning vil ha vanskeligere betingelser i virksomheter preget av regler og rutiner. Men oppmerksomhet på verdier og utvikling av verdigrunnlag kan også skje i gjennom formuleringer av normative standarder for hvordan ansatte i organisasjoner skal opptre. Helsepersonells etiske regler og retningslinjer, samt helseforetakets profilering av valgte verdier kan være eksempel på dette.

Brukerutvalget i UNN er et eksempel på en pålagt og formalisert form for pasient- eller brukermedvirkning på systemnivå. Flere helseforetak har valgt å gi brukerutvalget observatørposisjon i styret. Dette kan bidra til å gi brukerrepresentantene en «gissel» funksjon, i både å skulle fremme brukerperspektivet, men også til hensynstakende av systemperspektivet.

Informantenes oversettelse av pasientmedvirkning indikerer at innsettingen fordrer en nødvendig kulturendring i form av å endre de ansattes holdninger, meninger og oppfattelse av pasientmedvirkning. Det kommer blant annet frem i intervjuene at personalet er skeptiske til at pasientene skal involveres i nye kvalitetsforbedrende tiltak i en av virksomhetene. En av informantene beskriver at til tross for at det satses på bedre pasientmedvirkning, så kan personale «glemme seg», og innta autoritære posisjoner i møte med pasientene. I denne virksomheten satses det på opplæring i mere pasientsentrerte behandlingsformer.

Schein påpeker at kultur er basert på læring. Læring viser til hvordan man tilpasser måten arbeidet i virksomheter har blitt utført på tidligere, til nye erfaringer og forandringer i arbeidssituasjonen. Videre sier Schein at kulturendringer kan være endringer i atferd eller verdier, eller forandringer i antakelser eller i hele paradigmet (Schein, 1998).

Å endre kulturer tar tid, slik kan organisasjonsoppskrifter ha relativ lang inkubasjonstid. Røvik viser til at oversetteren må ha tålmodighet, noe som relateres til å være en forutsetning for at en ide som først melder seg som prat i en organisasjon over tid kan komme til å nedfelle seg substansielt i rutiner og praksiser (Røvik, 2009).

Informantene beskriver «praten» som viktig, både i kraft av å introdusere pasientmedvirkning som organisasjonsoppskrift i virksomhetene, de begrunner praten også som en nødvendighet for vedlikehold av oppmerksomhet på og utvikling av pasientmedvirkning.

At ideer nedfeller seg i prat og interne diskusjoner er en nødvendig forutsetning for å få feste i organisasjonen. Prosessene med å transformere prat til praksis, innebærer at oversetteren bruker tid og tilstedeværelse i virksomhetene (Ibid).

Organisasjonsoppskrifter også kan være reformideer. Informantene trakk fram at pasientmedvirkning utfordrer ekspertrollen og vårt kunnskapssyn. En av informantene uttrykte at det var viktig for oss som helsepersonell å ha kontroll og oversikt. Pasientmedvirkning innebærer at helsepersonell må gi i fra seg styring og noe av makten, som igjen kan bidra til motstand mot en slik organisasjonsoppskrift.

Røvik beskriver at reformideer kan utløse motstand og konflikt der medarbeiderens kompetanse blir borte, og dermed deres anseelse og makt. Det vises til at oversetteren må vise styrke og at detaljert kunnskap om praksisfeltet kan være avgjørende for oversetterens legitimitet, ikke minst blant berørte ansatte (ibid).

## 6 Konklusjon

Ledelse slik det kommer til uttrykk i analysen peker i retning av det som teorien beskriver som ledelse innenfor et kulturperspektiv. Lederegenskaper, tilstedeværelse, kunnskap om konteksten og det å gå foran som et godt eksempel for å kunne forene spenninger og motsetninger, beskrives som viktig knyttet til vellykkede oversettelser og implementeringer av nye organisasjonsoppskrifter.

Disse beskrivelsene står i kontrast til et instrumentelt perspektiv, hvor ledelsesformen er basert på styring, dette gjennom formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner. Styringsinstrument for oversettelse og implementering av organisasjonsoppskriften pasientmedvirkning, vil her kunne skje gjennom direktivlignende påvirkning utøvd indirekte og ved nedfelling i formell struktur.

Intervjuene viser at pasientmedvirkning på individnivå fremstår å være en organisasjonsoppskrift som mottas av informantene i form av ideer, fra mange ulike «avgivende kontekster». Pasientmedvirkning virker som en ikke synlig oppskrift i en av de virksomheter jeg har studert i UNN, men den har også utviklet seg som lokale oppskrifter i andre virksomheter. Her preges oppskriftene på pasientmedvirkning å ha vokst frem gjennom å ha blitt «pakket ut» som individuelle erfaringer gjort av helsepersonell og pasienter. Eller oppskriftene har blitt «pakket inn» av blant annet ledere, ved å ha kommet som ideer fra ulike kontekster og for så prøvd tilpasset virksomhetene.

Intervjuene viser at pasientmedvirkning på individnivå er en organisasjonsoppskrift som ved overføring griper inn i virksomhetenes indre liv, gjennom å utfordre både strukturelle og kulturelle sammenhenger. Dette bidrar til store utfordringer for oversetterne.

Røvik (2009) beskriver at vi etter hundreårsskiftet ser tendenser til en bevegelse i moderne organisasjoner bort fra ledelse og i retning av mer vektlegging på styring (Røvik, 2009).

Det er ut fra mine antagelser grunn til å tro at kunnskapsoverføringen av pasientmedvirkning på individnivå, dermed vil ha dårligere forutsetninger til å bli gode organisasjonsoppskrifter i de kliniske virksomhetene. Dette synet bygger på at sykehus er ekspertorganisasjoner som i følge teorien forutsetter ledelse nedenfra for å endres og lære. Dette kommer i et spenningsforhold, i følge Strand (2001), ut fra et organisatorisk perspektiv hvor ledelse baseres på styring.

En strategi skal bidra til å gi retning, og valget av pasientmedvirkning som strategi fører til at UNN kan skaffe seg nødvendig legitimitet fra omgivelsene. Men strategien skal også bidra til retning inn i virksomhetene. En strategi om pasientmedvirkning kan ikke bare vedtas for så å nedfelle seg automatisk som praksis.

Dette bekreftes av forsker Marit By Rise ved NTNU i Trondheim. Et av funnene i doktoravhandlingen om brukermedvirkning, viste at det var så godt som ingen effekt av å innføre en strategi for brukermedvirkning i en hel organisasjon på ansattes kunnskap, praksis og holdninger (NAPHA, 26.03.12)

Hvis pasientmedvirkning i større grad skal spres ut i flere virksomheter, må strategien eller oppskriften oversettes aktivt fra ledelsen i UNN. For å få til de gode oversettelsene av organisasjonsoppskriften pasientmedvirkning kreves det, ut fra mine teoretiske perspektiver og egne erfaringer, at ledere må involverer både pasienter og de ansatte, i prosessen med å språksette og utforme innholdet. Slik kan pasientmedvirkning etter hvert fremstå som gode oppskrifter for alle involverte parter.

Et videre sentralt spørsmål i UNN blir; hva man ønsker å oppnå med pasientmedvirkningen og for hvem?

Det er skrevet mye om brukermedvirkning knyttet til å fremme gode argumenter for et slikt perspektiv. Men det finnes få studier på dokumenterte effekter av medvirkningen fra pasienter.

## Litteraturliste

Andreassen T. A. (2005): *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk

Berg O. (2005): *Fra politikk til økonomikk*. Tidsskriftets skriftserie, Den Norske Lægeforening, Oslo

Brytting T. (2005): *Føretagsetik*. Malmø: Liber

Christensen T., Lægreid P., Roness P.G., Røvik K.A., (2004): *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget

Etiske regler for leger (1961, revidert 2002) Den Norske Legeforening.

Grund J. (2006): *Sykehusledelse og helsepolitikk. Dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget

Ims K., Jakobsen O.: Lederen, ledelse og autentisitet. Artikkel i kompendium, MBA i helseledelse, 19-21.01. 2011

Jacobsen D. I., Thorsvik J. (2007): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget

Johannessen A., Christoffersen L., Tufte P.A. (2011): *Forskning for økonomisk-administrative fag*. Oslo: Abstract Forlag

Lian O. S. (2003): *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Lian O. S. (2008): Pasienten som kunde. I *Den moderne pasient*, red. Aksel Tjora. Oslo: Gyldendal Akademiske

NAPHA.NO (26.03.12): Respekt undervurdert i brukermedvirkning. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. NTNU Samfunnsforskning

Nyeng F. (2001): *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstract Forlag

Pettersen C. E., Bjerke F. E., (2008): *Planlagt, styrt og regissert*. Masteroppgave i ledelse, UiTø

Ringdal K. (2001): *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget

Røvik K. A. (2007): *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget

Pettersen I. J., Magnussen J., Nyland K., Bjørnenak T. (2008): *Økonomi og helse*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Schein E. H. (1998): *Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig?* Oslo: Libro Forlag



St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier i den norske helsetenesta*. Sosial- og Helsedepartementet

St.meld. nr. 41 (1987-1988) *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*. Sosial- og Helsedepartementet

St.meld. nr. 34 (1996-1997) *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*. Arbeidsdepartementet.

Strand T. (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget

Syse A. (2001): *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Veileder IS-1162 (2005-2015): «..og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.» Sosial- og Helsedirektoratet

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (1983, revidert 2011) ICNs etiske regler

Aarre T. F. (2010): *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget

## **Kilder:**

### **Mål- og strategi dokumentet:**

- Vedlegg 1
- [Styre sak 42 – 2010 – Overordnet strategi UNN HF](#) – 14.06.12

### **Bakgrunnsdokumenter:**

- [Meld. St. 16 \(2010–2011\) Nasjonal helse- og omsorgsplan \(2011-2015\)](#)
  - [Oppdragsdokumentet 2012 fra Helse Nord RHF til helseforetakene. Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 13.2.2012](#) – 14.06.12
  - [Styresak 8-2012 Verdibasert hverdag – resultat av prosjektet](#) (rapport vedlagt) – 14.06.12
  - [Universitetssykehuset Nord Norge HF - Vedtekter](#) – 14.06.12
  - [LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\)](#) – 14.06.12
- [LOV-2001-06-15-93 Lov om helseforetak m.m. \(helseforetaksloven\)](#) 14.06.12

## Vedlegg 1 Overordnet strategidokument for UNN

I juni 2011 under sak 42/2011 ble overordnet strategidokument for UNN vedtatt av styret. Strategien peker ut hovedretningen for UNN i årene som kommer og inneholder i tillegg mål, visjon, verdier og slagord. I strategien er det identifisert fire aktører som UNN arbeider for, med og gjennom for å innfri vårt samfunnsoppdrag. Disse er pasienten, medarbeideren, studenten og samfunnet (i nordområdene).

Elementene i strategien er illustrert i figur 1.

Figur 1. Overordnet strategi UNN HF

| Universitetssykehuset Nord-Norge HF                                   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| Medvirkning, utdanning, forskning, samhandling, telemedisin og kultur |   |   |  |   |
| Visjon  | Det er resultatene for pasienten som teller!<br>Vi gir den beste behandling.  |   |  |   |
| Hovedretninger  | Pasientmedvirkning  |   | Utdanning  |   |
| Overordnede mål   | <b>Pasienter</b><br>UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt   | <b>Samfunnet</b><br>UNN skal være det norske universitetssykehuset for nord-områdene  | <b>Medarbeidere</b><br>UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives  | <b>Studenten</b><br>UNN skal i samarbeid med universitetene, høyskolene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere   |
| Delmål  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Definere mål for kvalitet i pasientbehandlingen</li> <li>Måle og dokumentere resultater i kvalitetsregistre</li> <li>Formidle resultatene slik at pasienten kan delta i beslutninger på egne premisser</li> <li>Drive kontinuerlig forbedring av pasientforløpene</li> <li>Være pådriver for brukermedvirkning, likemannsarbeid og pasientopplæring</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sikre spesialiserte helsetjenester og beredskap på høyt internasjonalt nivå</li> <li>Samhandle med kommunene, primærhelsetjenesten og lokalsykehusene</li> <li>Være pådriver for samhandling og bruk av telemedisin</li> <li>Videreutvikle internasjonalt helse- og solidaritetsarbeid, spesielt med Nord vest-Russland</li> <li>Være ansvarlig, åpen og miljøvennlig</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sammen ta ansvar for livslang læring, medarbeiderskap og lederutvikling</li> <li>Måle medarbeidertilfredshet og bruke resultatene til forbedring</li> <li>Arbeide tverrfaglig med samordnet forbedring av kvalitet, arbeidsmiljø og kultur</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Forbedre oss gjennom forskning, kontinuerlig utvikling og innovasjon</li> <li>Gi kunnskapsbasert undervisning</li> <li>Bidra til desentralisering av helseutdanningene</li> <li>Lære studenter og elever prosess forbedring og pasientmedvirkning</li> <li>Ta ansvar for spesialist- og forskerutdanningene</li> </ul> |
| Kjerneverdier   | RESPEKT   | KVALITET  | TRYGGHET   | OMSORG  |

## Vedlegg 2 Intervjuguide

### Bakgrunnsopplysninger:

Intervju nr:

Kjønn:

Stilling:

Profesjon:

Leder antall år:

Tilsatt i stilling antall år:

### Tema: Hvilken kjennskap og oppfattelse av overordnede føringer og valg av mål og strategi, har ledere, knyttet til pasientmedvirkning?

1. Er du kjent med det nye mål- og strategidokumentet i UNN.
2. Pasientmedvirkning er valgt som en ny strategisk hovedretning. En av begrunnelsene for valget av denne strategien er at pasientrollen er i endring. På hvilken måte merker du at pasientrollen endres i din virksomhet? Ser du for deg andre fremtidig endringer knyttet til pasientrollen?
3. Det fremkommer i tillegg som ett av pasient delmålene, at UNN skal være pådriver for brukermedvirkning, likemannsarbeid og pasientopplæring. – Hva legger du i begrepene pasient- og brukermedvirkning? Likemannsarbeid? Pasientopplæring?
4. Hvilken kjennskap har du til de nasjonale føringene på pasient-/brukermedvirkning?
5. UNN sitt nye mål og strategidokument bygger overordnede føringer gitt i spesialisthelsetjenesteloven, helseforetaksloven, nasjonal helseplan, UNNs vedtekter, oppdragsdokumentene, Helse Nords verdibasert hverdag. Er du kjent med disse dokumentene? hvordan pasientmedvirkning fremkommer i disse dokumentene?
6. Hvordan har du / din avdeling tilegnet dere kunnskap om pasientmedvirkning?
7. Oppfatter du at fokuset på pasientmedvirkning har endret seg / øket på noen måte i din virksomhet / klinikk? etter at det nye mål og strategidokumentet er blitt vedtatt?

### Tema: Hvordan er pasientmedvirkning omsatt / tenkes omsatt til praksis?

8. Synes du pasientmedvirkning står sentralt i din virksomhet? Hvis ja:
  - a) hvordan kommer den til syne? b) hvordan er den organisert? c) når startet dere opp?
9. Har dere noen form for brukerråd eller brukeransettelser i din virksomhet?

10. I hvilke sammenhenger synes du det foregår aktiv pasientmedvirkning i din virksomhet? (Individnivå, systemnivå) Hvis ja: hva oppfatter du at hensikten med medvirkningen er?
11. Har dere gjennomført tiltak som har vært suksessfull knyttet til pasientmedvirkning?
12. Har tiltak knyttet til pasientmedvirkning ført til at dere har endret på arbeidsformer?
13. Har det vært tiltak som har vært gjennomført som ikke har svart til forventninger / intensjonene?
14. Er det noen områder i din virksomhet som du tenker at man i større grad kunne legge til rette for / gjøre bruk av pasientmedvirkning? Eksempler? Hensikt?
15. Har det vært forslag til tiltak som har vært drøftet? I hvilke sammenhenger og i hvilke fora har diskusjonene foregått?
16. Kjenner du til tiltak om pasientmedvirkning som ikke er satt ut i handling, men som dere har drøftet og snakket om i din avdeling / klinikk.
17. Er det noen områder du synes det er enklere eller vanskeligere å fremme pasientmedvirkningen i?

**Tema: Hva ser ledere på som utfordrende knyttet til å fremme pasientmedvirkning inn i virksomhetene sine?**

18. Hvordan oppfatter du at motivasjonen og viljen til å ta pasientmedvirkning i bruk er i din avdeling / klinikk.
19. Fremkommer pasientmedvirkning i noen form som del av målsetting / styringsmål (dialogavtalen) i din avdeling?
20. Hva vurderer du som sterke sider i egen virksomhet knyttet til å ta / skulle ta i bruk pasientmedvirkning? (kompetanse, holdninger, roller, struktur, maktforhold)
21. Hva vurderer du som svakheter?
22. Fremstår pasientmedvirkning på noen måte som truende i din avdeling?
23. Hva fremstår som den største utfordring å skulle eller måtte endre i din virksomhet knyttet til å gjøre bruk av pasientmedvirkning?
24. Hva ser du på knyttet til ledelse som viktige og nødvendige tiltak eller prosesser, for og fremme pasientmedvirkningen (i større grad) i din virksomhet?
25. Er det noe du mener er viktig knyttet til pasientmedvirkning som jeg ikke har spurt om, som du ønsker å tilføye?

### Vedlegg 3 Forespørsel om deltakelse i intervju

Masteroppgave i Helseledelse, Universitetet i Nordland.

I forbindelse med MBA-studiet i Helseledelse, Universitetet i Nordland, er jeg nå i gang med avsluttende masteroppgave.

Jeg har i oppgaven valgt å ta utgangspunkt i pasientmedvirkning som del av det nye mål- og strategidokumentet til Universitetssykehuset Nord Norge. Pasientmedvirkning fremkommer her både som delmål og som ny strategisk hovedretning. Dokumentet er utarbeidet av direktør og hans lederteam, det ble godkjent etter høringsrunde, av styret i UNN i juni – 2011.

Jeg ønsker å intervjuere ledere på nivå under klinikkjefene om hvordan de ”oversetter” mål- og strategidokumentet knyttet til pasientmedvirkning. Min foreløpige arbeidstittel er: Hvilket innhold og hensikt skal pasientmedvirkningen ha og hvilke utfordringer ser lederne knyttet til å fremme pasientmedvirkningen i virksomhetene sine?

Som en del av det empiriske grunnlaget ønsker jeg å intervjuere et utvalg av avdelingsledere innenfor ulike fagfelt i UNN og i denne forbindelse er du invitert til å delta som informant.

Jeg vil benytte opptaksutstyr under intervjuet for å kunne analysere innholdet i det videre arbeidet med oppgaven. Intervjuet vil ta ca. 60 min. Informantene vil anonymiseres i oppgaven. Lydopptak og utskrift fra intervjuet vil bli slettet etter masteroppgavens slutt, senest ved innlevering 20.06.12.

Intervjuene gjennomføres med tillatelse fra Fag og forskningssjef Einar Bugge, UNN. Veileder for oppgaven er Professor Inger Johanne Pettersen, Universitetet i Bodø.

Liv Ingrid Sollid  
Seksjonsleder, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn  
Allmennpsykiatrisk klinikk

-----  
Jeg bekrefter herved at jeg har fått informasjon om formålet med intervjuet, og at jeg samtykker til å delta.

Underskrift: \_\_\_\_\_

## Vedlegg 4 Organisasjonskart UNN HF



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVISSU

# Organisasjonskart

